

הודעה על הקפאת * פוליסת רכב בפוליסת רכב חובה / רכוש / חובה ורכוש

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפידו למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

אני הח"מ (שם פרטי ומשפחה): הנושא ת"ז/ח"פ שמספרה:

מספר טלפון נייד: דואר אלקטרוני:

מבקש/ת להקפיא את פוליסת הביטוח מסוג: (יש לסמן בקובייה)

חובה בלבד*

* בעת סימון סעיף זה, עליך למלא את סעיף "ביטול ביטוח חובה לרכב המבוטח".

מקיף / צד ג'

מספר הפוליסה: על שם:

לרכב מספר: החל מתאריך:

ביטול ביטוח חובה לרכב המבוטח

בעת הקפאת פוליסת רכב חובה יתבטל ביטוח רכב חובה שברשותך. בהתאם לכך, עליך למלא את הפרטים הבאים:

האם הרכב בבעלותך/בחזקתך?

כן. תאריך כניסת הביטול לתוקף:

לא, אני מאשר/ת כי הבעלות על הרכב הועברה לאחר.

אם הרכב אינו בבעלותך או בחזקתך, נא לבחור את ההצהרה המתאימה:

עדכנתי את בעל או מחזיק הרכב בעל פה לגבי ביטול ביטוח החובה.

עדכנתי את בעל או מחזיק הרכב בכתב לגבי ביטול ביטוח החובה, ויש ברשותי תיעוד לכך.*

עדכנתי את בעל או מחזיק הרכב בכתב לגבי ביטול ביטוח החובה, הוא אישר שיש ברשותו פוליסה אחרת, ויש ברשותי תיעוד לכך.*

הרכב מבוטח בביטוח חובה חדש, ויש ברשותי תיעוד לכך.*

אף אחת מהאפשרויות.

* נא לצרף את התיעוד שיש ברשותך.

פרטי בעל הרכב או המחזיק החדש:

נא למלא פרטים ליצירת קשר עם בעל או מחזיק הרכב, כדי שנוכל לעדכן לגבי בקשת הביטול (נבקשך למלא אחד לפחות מפרטי הקשר):

מספר טלפון נייד:

כתובת דואר אלקטרוני:

כתובת לקבלת עדכון לעניין בקשת הביטול:

הריני מצהיר/ה כי החל מהתאריך המצוין לעיל או ממועד קבלת הבקשה, המאוחר מביניהם, הפוליסה המבוקשת תבוטל, ולא יהיה כיסוי ביטוח לרכב.

הצהרתי זו ניתנת לצורך הקפאת הפוליסה עקב (הקיפו בעיגול):

מכירת הרכב

סיבה אחרת (נא לפרט את הסיבה):

בתום תקופת ההקפאה תוחזר פרמיה בשיעור 100% מדמי הביטוח ששולמו לתקופת ההקפאה, במהלכה לא היה כיסוי לרכב.

תשומת לב - בחלוף 28 יום מיום שהפוליסה הוכנסה למצב הקפאה, וככל שלא נתבקש להשיב את הכיסוי לתוקף, יושבו לך הכספים המגיעים לך על התקופה שבה הפוליסה אינה בתוקף; והראל תבצע הליך חיתום מחדש, עת תבקש/י לערוך ביטוח. במקרה שבו קיים שיעבוד בפוליסה ו/או הופק אישור קיום ביטוח עבור צד שלישי, מועד ההקפאה ייכנס לתוקף רק לאחר המועד המצויין בפסקת השיעבוד / אישור קיום הביטוח, אלא אם יומצא לנו אישור מהצד השלישי המוותר על הודעה כאמור.

אני מצהיר/ה כי זהו שמי, להלן חתימתי ותוכן תצהירי לעיל אמת.

*תשומת לב כי הקפאת הפוליסה משמעותה ביטול הכיסוי הביטוחי, על כל המשתמע מכך.

חתימת המבוטח: /

תאריך:

