

לקוח/ה יקר/ה!
באם תעודת ביטוח החובה אינה ברשותך, אנא מלא את הטופס המצורף (עותק בגין כל שינוי בפוליסת החובה), ושלחי אותו בצירוף טופס בקשת ביטול / הקפאה, למייל bitulim-elm@udidagan.co.il או לפקס 03-6149226. הביטוח יבוטל עם קבלת המסמכים (ובכפוף לתקנותם), אישור ישלח ב SMS.

הנדון: הצהרה בגין אובדן או השחתה של תעודת ביטוח חובה

אני הח"מ (שם מלא) _____, מס' זהות _____,

אשר כתובתי היא _____, מצהיר/ה בזאת כי:

תעודת ביטוח לפוליסת חובה מס' _____ שהונפקה ע"י חברת

הביטוח _____ (יש למלא את שם חברת הביטוח) עבור כלי הרכב:

מסוג _____ מס' רישוי _____

לתקופה מיום _____ ועד יום _____

אבדה / הושמדה / נגנבה / לא הגיעה לידי (נא להקיף בעיגול)

הנני מצהיר/ה בזאת כי לא מסרתי את התעודה לאדם או גוף כלשהו, לא התרתי לאדם או

לגוף כלשהו לעשות שימוש בתעודה ואין לי כל מידע בקשר למקום הימצאה.

אני מתחייב/ת בזה כי אם תימצא התעודה על ידי – אחזירה מיד לחברת הביטוח.

אני מצהיר/ה כי האמור לעיל אמת, ולהלן חתימתי.

תאריך: _____ חתימת המבוטח/ת: _____