

לקוחות יקרים,
**יש להקפיד על מילוי המידע הנדרש באופן מלא ומדויק
ולצרף את המסמכים הנדרשים.**
במידה וקיים שדה שאינכם יודעים למלא, יש להשאיר אותו
ריק ואנו נשלים/ניצור עימך קשר למילוי הטופס.

על מנת שנוכל לטפל בפנייתכם, יש להעביר את המסמכים
לתיבת הדוא"ל: **BITULIM@WOBI.CO.IL**
(שימו לב! אין צורך להעביר את מסמכים לחברת הביטוח,
אנו נדאג לטיפול בפנייתך למול חברת הביטוח)

בכל שאלה או בקשה נוספת, אנו זמינים עבורך באמצעות
המייל - **BITULIM@WOBI.CO.IL** או באמצעות התכתבות
עם נציג בWhatsapp - במספר **050-6565902**

שעות פעילות מוקד שירות הלקוחות
ימים א'-ה' - 09:00-17:00

אני הח"מ (שם פרטי ומשפחה) _____ הנושא ת.ז. שמספרה _____
מבקש/ת לבטל/ להקפיא את פוליסת ביטוח החובה מס' _____ תוספת מס' _____
על שם _____ לרכב מספר _____
החל מתאריך _____.

כמו כן הריני מצהיר/ה בזאת כי במעמד הפקת הפוליסה, על בסיס הסכמתי ורצוני,
קיבלתי מסוכן הביטוח לידי אך ורק העתק של תעודת החובה הנ"ל בפורמט PDF (ולא את תעודת המקור)
הצהרתי זו ניתנת לצורך (הקף בעיגול):

ביטול / הקפאת הפוליסה עקב:

- מכירת הרכב
- אובדן גמור / פירוק
- גניבת הרכב
- סיבה אחרת (נא לפרט הסיבה): _____.

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

_____ חתימת המבוטח

_____ תאריך