

הצהרה על אובדן תעודת חובה

אני הח"מ

ס"ב		
ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה

אשר כתובתי

מיקוד	עיר	שכונה	מספר	רחוב

מצהיר בזה כדלקמן

1. אבדתי תעודת הביטוח המשולמת בבנק שמספרה _____ (להלן התעודה) המתייחסת לפוליסה מס' _____ רכב מס' _____ לתקופת ביטוח מיום _____ עד יום _____.
2. לא העברתי התעודה לאחר ולא הסתרתייה בדון ואם אמצא התעודה אעביר אותה מיד לחברה.
3. הצהרתי זו ניתנת לצורך כפל תעודה החלפת רכב קניית רכב חדש.
4. אבקש לבטל התעודה החל מתאריך _____ ועם ביטולה לא תחול על הפניקס בע"מ כל אחריות נוספת.
5. הצהרתי זו, על כל הנאמר בה הוא אמת.

חתימות

<input checked="" type="checkbox"/>		
חתימת גורם מטפל - הפניקס און ליין	חתימת המבוטח	תאריך