

## הצהרה על אובדן תעודת חובה

אני הח"מ

שם משפחה	שם פרטי	ס"ב
----------	---------	-----

אשר כתובתי

רחוב	מספר	שכונה	עיר	מיקוד
------	------	-------	-----	-------

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

תאריך	חתימת המבוטח	חתימת נרום מטפל - הפניקס און ליין
-------	--------------	-----------------------------------