הכשרה ביטוח ופיננסים

## נספח ג'

# הודעת ביטול

עבור חברת הביטוח _____

אני _____(שם מלא), ת.ז. _____, ובני משפחתי אלה (קטינים בלבד):

1. _____ _____ (שם ומספר ת.ז.)
2. _____ _____ (שם ומספר ת.ז.)
3. _____ _____ (שם ומספר ת.ז.)

מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח _____ שמספרה: _____ או לחלופין, במקרה של פוליסת רכב רכוש שמספר הרכב המבוטח הוא _____ הקיימת בחברתכם החל מיום _____.

אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל: _____.

**תאריך:** _____ **חתימת המבוטח:** ✗_____

ידוע לי כי מסירת המידע האישי אודותיי תלויה ברצוני ובהסכמתי, ושללא הסכמה זו לא תוכלו למסור את המידע. אי- מסירת המידע כאמור עלולה למנוע מכם את היכולת להעניק לי שירותים ו/או ליתן מענה לפניותיי .

ככל שאבחר למסור להכשרה מידע אישי, עליי למסור מידע נכון מלא ומדויק. כמו כן, ידוע לי שהמידע האישי ייאגר במאגרי המידע של הכשרה חברה לביטוח בע"מ, שהינה בעלת השליטה במאגרי המידע, שמנוהלים לפי הדין,

ושהטיפול במידע האישי, המטרות להן הוא ישמש, למי הוא יועבר או עם מי הוא ישותף (בישראל או מחוץ לישראל), לאילו מטרות, זכויותיי במידע האישי שתעבדו אודותיי (עיון ו/או בקשת תיקון מידע), ופרטי הקשר שלכם ושל הממונה על הגנת הפרטיות,

הם כמפורט במדיניות הפרטיות המפורסמת באתרכם בכתובת: www.hcsra.co.il

גרסה 11.2026