



ק.ל.ס מימון רכב בע"מ

תאריך _____

לכבוד
ק.ל.ס מימון רכב בע"מ
המסגר 50
תל אביב 61201

הנדון : _____

מס' שילדה _____ מס' רישוי : _____

דגם : _____

תאריך תום ביטוח _____

הרינו לאשר כי הנ"ל מבוטח ב - חב' לביטוח בע"מ
בפוליסה מס' _____ בביטוח מקיף.

בהתאם לבקשת הנ"ל הננו לאשר בזה כי קיבלנו הוראות בלתי חוזרות לשעבד לכם פוליסת הביטוח שבנדון.
מכתב זה מהווה אישור זמני עד להגעת הפוליסה אליכם.

קוד דגם _____ עלייה לכביש _____

סעיף הביטוח של הפוליסה יהיה כפוף להודעה מראש של 30 יום אליכם.

אנו מתחייבים לשלוח אליכם פוליסת ביטוח משועבדת תוך 30 יום.

כתובת : ק.ל.ס מימון רכב בע"מ, המסגר 50 ת"א, מיקוד 6721418 לידי
פקס : 03-5620659 או מייל : officeklsp@mct.co.il

כמו כן המגוונים שמותקנים ברכב הם לשביעות רצוננו.

שם סוכן הביטוח: X: _____

שם חברת הביטוח: X: _____

חתימה + חותמת סוכן הביטוח: X: _____

חותמת חב' הביטוח: X: _____