



הודעת ביטול

עבור חברת ביטוח _____

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

1. שם ומספר ת.ז. _____)

2. שם ומספר ת.ז. _____)

3. שם ומספר ת.ז. _____)

4. שם ומספר ת.ז. _____)

5. שם ומספר ת.ז. _____)

6. שם ומספר ת.ז. _____)

מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח _____ הקיימת בחברתכם החל מיום _____.

אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל _____

חתימת המבוטח _____

תאריך _____