

הודעת ביטול

עבור חברת ביטוח _____

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 _____ הקיימת בחברתכם החל

מיום _____.

אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל _____.

חתימת המבוטח _____

תאריך: _____