

נא לשלוח את הטופס לאגף ביטוח חיים לדוא"ל: agafhaim@harel-ins.co.il

עבור חברת הביטוח:

אני (שם מלא), ת.ז.

מבקש לבטל את פוליסת ביטוח מספר הקיימת בחברתכם החל מיום

אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל@

.....
חתימת המבוטח 

.....
תאריך

