

נא לשלוח את הטופס לאגף ביטוח חיים לדוא"ל: [agafhaim@harel-ins.co.il](mailto:agafhaim@harel-ins.co.il)

עבור חברת הביטוח: .....

אני ..... (שם מלא), תעודת זהות .....

מבקש לבטל את פוליסת ביטוח ..... מספר ..... הקיימת בחברתכם החל מיום .....

המידע וההודעות בקשר עם בקשת השינוי יישלחו באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים אצלנו במועד המשלוח.  
תוכל לאמת אותם או לעדכן אותם באזור האישי שלך באתר האינטרנט של החברה.

חתימת המבוטח

תאריך

