

עבור חברת הביטוח: .....

אני ..... (שם מלא), ת.ז. ....

**פרטי המבוטח**

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

ת.ז. 16010/69212 ב' **הראל** ת.ז. 16010/69212 ב'

מבקש לבטל את פוליסת הביטוח ..... הקיימת בחברתכם החל מיום .....

אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל ממנו נשלחה אליכם הבקשה .....

.....  
תאריך

.....  
חתימת המבוטח

