

הודעת ביטול

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

למשלוח הטופס לאגף הבריאות - בדוא"ל: cancellb@harel-ins.co.il

עבור חברת הביטוח:

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

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	
			1
			2
			3
			4
			5

ת.ז. 3/2019 b15644/25022

מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח הקיימת בחברתכם החל מיום

אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל:@.....

.....
חתימת המועמד לביטוח

.....
תאריך



^dt3232