



## הודעת ביטול

עבור חברת הביטוח \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח \_\_\_\_\_