

לכבוד

\_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ (שם מלא), ת.ז. \_\_\_\_\_

ובני משפחתי אלה (קטינים בלבד):

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
		1
		2
		3
		4

מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח מספר: \_\_\_\_\_ הקיימת בחברתכם

החל מיום \_\_\_\_\_

אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.

תאריך	חתימת המבוטח 
-------	---