

עבור חברת הביטוח:

אני (שם מלא), ת.ז.

פרטי המבוטח

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

ת.ז. 12696/16010
 09/2016

מבקש לבטל את פוליסת הביטוח הקיימת בחברתכם החל מיום

אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל ממנו נשלחה אליכם הבקשה

.....
תאריך

.....
חתימת המבוטח

