

נספח ג' - 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 _____.

מספרי הפוליסות לביטול _____

אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל _____@_____.

X				
חתימת המבוטח	ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך