

לכבוד

אני _____ (שם מלא), ת.ז. _____

ובני משפחתי אלה (קטינים בלבד):

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	
			1
			2
			3
			4

מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח מספר: _____ הקיימת בחברתכם

החל מיום _____

אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל _____@_____.

תאריך	חתימת המבוטח 
-------	---