

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  |
|-------|---|