

הודעת ביטול על פי חוזר צירוף לביטוח

טופס מספר **305**

עבור חברת ביטוח _____

אני _____ (שם מלא), מספר זהות , ובני משפחתי אלה (קטינים בלבד):

1. _____ (שם ומספר זהות)

2. _____ (שם ומספר זהות)

3. _____ (שם ומספר זהות)

4. _____ (שם ומספר זהות)

5. _____ (שם ומספר זהות)

מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח _____ הקיימת בחברתכם החל מיום _____.

אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל _____

חתימת
מבוטח משני ★

חתימת
מבוטח ראשי ★

תאריך

(מהדורה 10.2018)

