

# בקשה לביטול פוליסת בריאות

## פרטי המבוטחים

מספר ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	טלפון נייד	חברת הביטוח

## כתובת המבקש

ישוב	רחוב	מספר	אימייל

אני/ו מבקש/ים לבטל את הפוליסות הבאות:

מספר פוליסה	סוג הפוליסה	תאריך ביטול	חתימה
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

אני/ו מבקש/ים לבטל את הפוליסות הבאות:

מספר פוליסה	נספחים לביטול	תאריך ביטול	חתימה
		/ /	
		/ /	
		/ /	

חתימת המבקש: \_\_\_\_\_

תאריך הבקשה: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_