



787 טופס מספר

מספר זהות / ח"פ*		שם משפחה*		שם פרטי*		שם בית העסק*		מספר טלפון		מספר טלפון נייד	
ישוב		כתובת (רחוב)		מס' בית		מיקוד		ת"ד		דואר אלקטרוני	

אני מבקש לבטל את פוליסות הביטוח הבאות:

[illegible]

אני מבקש לבטל את הנספחים הבאים:

פרטי הפוליסה	פרטי הנספחים לביטול	תאריך כניסת הביטול לתוקף

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	חתימת המבטח / נציג של ילדים עד גיל 18 ★	
-------	----------------	-----------	--	--

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	חתימת מבטוח שני ★
-------	----------------	-----------	-------------------

שם הנציג	תאריך ושעה	מספר פנייה	מספר שלוחה

