



לכבוד

ביטוח חקלאי - אגודה שיתופית מרכזית בע"מ

בקשה לביטול פוליסה

פרטי המבוטח

| | | | | |
|---------------------|-----------|---------------------|----------|------------|
| מספר זהות/ח"פ* | | שם מלא/שם בית העסק* | | |
| מיקוד | שם היישוב | מספר ת"ד | מספר בית | שם הרחוב |
| כתובת דואר אלקטרוני | | מספר טלפון נייד | | מספר טלפון |

* חובה למלא

אני מבקש לבטל את פוליסות הביטוח הבאות:

| תאריך כניסת הביטול לתוקף | מספר רכב (אם רלוונטי) | פרטי הפוליסה לביטול |
|--------------------------|-----------------------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

אני מבקש לבטל את הנספחים הבאים:**

| תאריך כניסת הביטול לתוקף | פרטי הנספחים לביטול | פרטי הפוליסה |
|--------------------------|---------------------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |

** יש למלא רק אם המבוטח מבקש לבטל נספחים מסוימים שבפוליסה ולא את הפוליסה במלואה.

| | | | |
|-------|--------|-----------|-------|
| תאריך | שם מלא | מספר זהות | חתימה |
| | | | |