



לכבוד

ביטוח חקלאי - אגודה שיתופית מרכזית בע"מ

בקשה לביטול פוליסה

פרטי המבוטח

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

* 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
-------	--------	-----------	-------