



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