

לקוחות יקרים,
**יש להקפיד על מילוי המידע הנדרש באופן מלא ומדויק
ולצרף את המסמכים הנדרשים.**
במידה וקיים שדה שאינכם יודעים למלא, יש להשאיר אותו
ריק ואנו נשלים/ניצור עימך קשר למילוי הטופס.

על מנת שנוכל לטפל בפנייתכם, יש להעביר את המסמכים
לתיבת הדוא"ל: **BITULIM@WOBI.CO.IL**
(שימו לב! אין צורך להעביר את מסמכים לחברת הביטוח,
אנו נדאג לטיפול בפנייתך למול חברת הביטוח)

בכל שאלה או בקשה נוספת, אנו זמינים עבורך באמצעות
המייל - **BITULIM@WOBI.CO.IL** או באמצעות התכתבות
עם נציג בWhatsapp - במספר **050-6565902**

שעות פעילות מוקד שירות הלקוחות
ימים א'-ה' - 09:00-17:00

בקשה לביטול תעודת ביטוח חובה

חותמת חברה

מספר הפוליסה

פרטי המבוטח, הרכב תעודת הביטוח ותקופת הביטוח

שם המשפחה/התאגיד	השם הפרטי	מספר הזהות	סוג הרכב	מספר הרישוי
כתובת המבוטח				
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס	כתובת דואר אלקטרוני	
מספר תעודת ביטוח חובה (הפוליסה)				
תקופת הביטוח		מתאריך	עד תאריך (בחצות)	

אני הרשום/ה לעיל והחתום/ה מטה, מצהיר/ה בזאת כלהלן:

יש למלא במידה והרכב נמצא בבעלותך או בחזקתך

1. אני מצהיר/ה בזאת שהרכב עדיין נמצא

☐ בבעלותי

☐ בחזקתי

- סמן/י את האפשרות המתאימה.

2. אני מבקש/ת לבטל את תעודת ביטוח החובה הנ"ל, שהופקה על-ידי ביטוח חקלאי אגודה שיתופית מרכזית בע"מ (להלן: "ביטוח חקלאי") בעבור הרכב הנ"ל, וזאת החל מיום _____ *.

* במידה ולא יצוין מועד, ביטול הפוליסה ייכנס לתוקפו במועד מסירת בקשה זו.

יש למלא במידה והרכב אינו בבעלותך או בחזקתך

1. אני מצהיר/ה כי הבעלות ברכב הנ"ל הועברה בתאריך _____ ל _____ (שם פרטי ושם משפחה), מספר טלפון נייד _____.

2. להצהרה זו מצורף - סמן/י את האפשרות המתאימה וצרף/י את המסמכים הנדרשים:

☐ העתק תיעוד על מסירת הודעה למחזיק ברכב על ביטול הפוליסה (הודעה כאמור יכול שתימסר בדואר, בשיחה או אמצעי דיגיטלי). במקרה זה, ביטול הפוליסה ייכנס לתוקפו בתוך שלושה ימי עבודה מיום מסירת ההודעה.

☐ העתק תיעוד על מסירת הודעה למחזיק ברכב על ביטול הפוליסה והעתק תגובת המחזיק ברכב ולפיה אישר שיש לו פוליסה אחרת. במקרה זה, ביטול הפוליסה ייכנס לתוקפו במועד מתן הודעת הביטול.

☐ אישור כי השימוש ברכב בוטח בפוליסת ביטוח רכב חובה אחרת. במקרה זה, ביטול הפוליסה ייכנס לתוקפו במועד מסירת בקשה זו או במועד הנפקת הפוליסה האחרת, המאוחר מביניהם.

אני מצהיר/ה שכל האמור לעיל אמת וכן שהחתימה שלהלן היא חתימתי.**

תאריך _____ שם החותם _____ תפקיד _____ חתימה _____

** אם המבוטח הוא תאגיד, יחתום מורשה חתימה מטעם התאגיד. יש לרשום את שם התאגיד ושם ותפקיד החותם בתאגיד.

אישור ביטוח חקלאי/הסוכן

אני מאשר/ת בזאת שבתאריך _____ הופיע/ה בפניי מר/גב' _____ בעל/ת מספר זהות _____ (המבוטח/ת) ואחרי שהזהרתיו/ה שעליו/ה להצהיר את האמת ולאחר שהסברתי לו/ה את משמעות הצהרתו הנ"ל, חתם/ה על ההצהרה הנ"ל בפניי.

תאריך _____ שם הסוכן/נציג ביטוח חקלאי החותם _____ מספר סוכן _____ חתימת הסוכן/נציג ביטוח חקלאי _____