הודעה על עדכון/שינוי מוטבים

הראל ביטוח ופיננסים

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

למשלוח הטופס לאגף הבריאות - בדוא"ל: polisotbs@harel-ins.co.il או בפקס: 03-7348178.
*מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים: 870-702-700-1, השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת הטופס.
עדכון לאחר שעה 15:00 יתבצע למחרת.

לכבוד
הראל חברה לביטוח - אגף הבריאות
רחוב אבא הלל 3
רמת גן 5211802

א פרטי המבוטח

שם משפחה		שם פרטי	מס' ת.זהות*
רחוב	מס'	יישוב	מיקוד	טלפון

אישור לקבלת דוחות למבוטח בדוא"ל: אני מסכים כי הדוח השנתי למבוטח ישלח לדוא"ל שלי בכתובת
..... @ ..... וזאת במקום באמצעות הדואר.

***חובה לצרף צילום ת.ז.**

ב עדכון מוטבים

אבקש לעדכן את המוטב/ים למקרה פטירה בפוליסות תאונות אישיות/ריסק. יש להחיל את העדכון על

☐ כל הפוליסות על שמי לפי מס' ת.ז. .....

☐ בפוליסות לפי מספר פוליסה:

1. ..... 2. ..... 3. .....

(במידה ויצויינו מס' פוליסות לעיל, העדכון יחול רק על הפוליסות כפי שצויינו בטופס)

☐ צורף צילום ת.ז. - חובה.

אני, החתום מטה, ממנה בזאת את הרשומים להלן, כמוטבים לתשלום בפוליסות שצוינו לעיל לאחר מותי חו"ו:

ג פרטי המוטבים

שם משפחה ופרטי	מס' ת.זהות	תאריך לידה	יחס קרבה למבוטח	החלק ב-%
			סה"כ	100%

הערות: .....

ד הצהרות

1. הנני מצהיר כי אני פועל בעבור עצמי ואני מתחייב להודיע למבטח אם אפעל בעבור אחר.
2. בקשה לשינוי מוטבים זו מבטלת כל הוראה קודמת למינוי ו/או שינוי מוטבים שניתנה לכם על ידי, וזאת ביחס למספר הפוליסה המצויין לעיל.
3. אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.

תאריך: ..... שם המבוטח: ..... מס' ת.זהות: ..... חתימת המבוטח: .....

סטודיו הראל 27662.75 09/2020