

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

את הטופס יש להעביר למחלקת תביעות פנסיה באמצעות אחת הדרכים הבאות:

כתובת מייל: dimottpds@harel-ins.co.il

מס' פקס: 03-7348575

כתובת דואר: בית הראל, אבא הילל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802

ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטלפון: 1-700-70-28-70

לתשומת ליבך, באפשרותך לקבל סיוע במילוי והגשת מסמכי תביעה בתיאום פגישה מראש בטלפון *6416 בימים א'-ה', בין השעות 08:00-14:00.

א פרטי העמית

שם פרטי	שם פרטי	מס' ת.ז.
---------	---------	----------

ב פרטי המעסיק

שם המעסיק/מקום העבודה	חודש שכר	הכנסה ברוטו	שווי מחלה ששולמה בש"ח
ח.פ.			

ג פרטי איש הקשר ממחלקת שכר

שם	טלפון
חתימה וחותמת:	תאריך:

