

הטופס מיועד לעובדי בנק דיסקונט

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

■ כתובת מייל: hishtalmut-plus@harel-ins.co.il
 ■ מס' פקס: 03-7348783
 ניתן לוודא את קבלת המייל/הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל. 1-700-70-28-70

א פרטי החברה המנהלת

שם החברה המנהלת הראל פנסיה וגמל בע"מ	שם קופת הגמל הראל קופת גמל	קוד הקופה 101	מס' החשבון של העמית
---	-------------------------------	------------------	---------------------

ב פרטי העמית (יש לצרף העתק תעודת זהות של העמית)

שם פרטי	שם משפחה	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון
תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ידוע בציבור	מעמד <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> שכיר בעל שליטה <input type="checkbox"/> עצמאי באמצעות מעסיק
ישוב	רחוב	בית	ת.ד.
מיקוד	טלפון נייד	טלפון קווי	
כתובת דואר אלקטרוני	E-Mail		
.....@.....			

ג בקשת העמית

הנני מבקש כי תודיעו לחברת הביטוח להפסיק לבטח אותי במסגרת ביטוח החיים הקולקטיבי. לידיעתך, ביטול הפוליסה ייכנס לתוקף החל מהחודש העוקב למועד בו התקבלה בקשתך לביטול. כמו כן, החל ממועד ביטולה לא יהיו לך זכויות מכוחה.

חתימת העמית: _____ תאריך חתימה: _____