

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

שם הסוכן	מספר הסוכן	מספר ההצעה
----------	------------	------------

הנחיה לסוכן: מסמך השוואת תנאי חיתום נועד להשוואת תנאי החיתום של הפוליסה הקיימת לעומת הפוליסה המוצעת. ככל שיש צורך בביצוע השוואות בעניינים נוספים, יש לבצען באמצעות המסמכים המתאימים.

**א פרטי המועמדים לביטוח**

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	ס"ב	מבטח ראשי
				מבטח ראשי
				בן זוג
				ילד 1
				ילד 2
				ילד 3
				ילד 4

**ב פרוט החרגות שנקבעו**

המועמדים לביטוח	סוג הכיסוי	החרגות בפוליסה שבתוקף	החרגות בפוליסה החדשה המוצעת
מבטח ראשי			
בן/בת זוג			
ילד 1			
ילד 2			
ילד 3			
ילד 4			

ככל שקיימים נושאים נוספים להשוואה, מעבר לאילו המפורטים בטבלה לעיל, יש לפרטם להלן:

---



---



---



---



---

.....  
 תחיתום מבטח/ת ראשי/ת      תחיתום בן/בת זוג      תחיתום ילד מעל גיל 18      תאריך

