

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

טופס זה מיועד לפוליסת ריסק בלבד (ללא חסכון)

יש למלא את הטופס ולהחזירו למס' פקס בהרצל ביטוח חיים: 03-7348169
או למייל agafhaim@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס 24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

הבקשה הגיעה באמצעות:

סוכן/סוכנות ביטוח

מספר סוכן

חתימת סוכן

פוליסה מס':

לכבוד,
הראל חברה לביטוח בע"מ
רחוב אבא הלל 3, ת.ד. 1951 רמת גן 5211802
האגף לביטוח חיים

א פרטי המשלם שאינו המבוטח ו/או בעל הפוליסה (יש לצרף צילום תעודת זהות / תעודת תאגיד לפי העניין)

שם משפחה	שם פרטי	<input type="checkbox"/> מס' תעודת זהות <input type="checkbox"/> דרכון	תאריך לידה
מין	מצב אישי	רחוב	מס'
<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א + ילדים	טלפון	נייד
ישוב	מיקוד		

המידע וההודעות בקשר עם בקשת השינוי יישלחו באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים אצלנו במועד המשלוח.
תוכל לאמת אותם או לעדכן אותם באזור האישי שלך באתר האינטרנט של החברה.

*ידוע לי כי ייתכן והמבטח יעשה שימוש בכתובת הדואר האלקטרוני אותה פירטתי לעיל לצורך משלוח דיווחים, בהתאם להוראות הדין, אשר עשויים לכלול מידע רגיש" אודותי והנני מאשר כי פתיחת הדואר האלקטרוני בכתובת המצויינת תהיה על ידי בלבד.

ב פרטי המבוטח / בעל הפוליסה

שם המבוטח	תעודת זהות המבוטח
שם בעל הפוליסה	תעודת זהות / ח.פ. בעל הפוליסה

ג מהות הקשר בין המשלם לבין המבוטח ו/או בעל הפוליסה

.....

.....

.....

ד שיטת התשלום

תשלום שוטף באמצעות הוראת קבע על שמי. טופס הוראת קבע מצ"ב או צורף לטופס ההצעה.

תשלום שוטף באמצעות כרטיס אשראי על שמי:

סוג כרטיס אשראי:

תוקף כרטיס:

מס' כרטיס אשראי:

סכום חד פעמי באמצעות המחאה.

העברה בנקאית. חובה לצרף אישור הבנק לביצוע העברה בנקאית.

ה הצהרות המשלם

אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים בסעיפים לעיל ועל כך שהתשלום/תשלומים הנ"ל יבוצעו עבור המבוטח שבנדון, וכי כל תשלום אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה ובקשר אליה, יבוצע לפקודת בעל הפוליסה/המבוטח/המוטב בהתאם למקרה.
ידוע לי כי באחריותי להודיע במידי לחברה על כל שינוי בפרטי המשלם ו/או על הפסקת התשלום וכי החברה לא תהא אחראית להחזר תשלום במקרה שלא התקבלה הודעה כאמור.
במידה והמשלם הינו מעסיקו של המבוטח ידוע לי כי התשלום בגין הפוליסה הנקובה לעיל, הינו בנוסף לביטוח הפנסיוני הקיים על שם המבוטח ומחוץ להפרשות הקבועות בביטוח הפנסיוני על שמו. באחריותי להעביר את התשלום עבור הפוליסה במועדו וכסדרו.

.....

שם המשלם תעודת זהות / ח.פ. תאריך חתימת המשלם

