

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

שם הסוכן/סוכנות: ..... מס' סוכן: ..... חתימת הסוכן: 

אנו ממליצים לפנות לסוכן הביטוח שלך או אלינו באמצעות מוקד שירות הלקוחות שלנו כדי להבין את המשמעויות של הקטנת הכיסויים לפני שליחת הבקשה.

א פרטי המבוטחים				
מבוטח ראשון	שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות (כולל ס"ב)	תאריך לידה
.....	.....	.....	.....	.....
מבוטח שני	שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות (כולל ס"ב)	תאריך לידה
.....	.....	.....	.....	.....

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.

מס' הפוליסה: .....

ברצוני לבצע בפוליסה את השינויים הבאים החל מחודש: ..... / 20.....  
שנה חודש

השינויים יבוצעו החל מחודש בקשתך או חודש קבלת המסמכים בחברה, המאוחר מביניהם.

ב יש לסמן את תכנית הביטוח הרלוונטית		
שם התכנית	מבוטח ראשון - סכום ביטוח לאחר הקטנה	מבוטח שני - סכום ביטוח לאחר הקטנה
<input type="checkbox"/> מגן (פרמיה משתנה)	..... (מינימום 50,000 ₪)	..... (מינימום 50,000 ₪)
<input type="checkbox"/> מגן (פרמיה קבועה)	..... (מינימום 50,000 ₪)	..... (מינימום 50,000 ₪)
<input type="checkbox"/> הראל פנסיית שארים	..... ₪	..... ₪
<input type="checkbox"/> מוות מתאונה	..... (מינימום 50,000 ₪)	..... (מינימום 50,000 ₪)
<input type="checkbox"/> נכות מתאונה	..... (מינימום 50,000 ₪)	..... (מינימום 50,000 ₪)
<input type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה	..... ₪	..... ₪
<input type="checkbox"/> מחלות קשות (מענקית)	..... ₪	..... ₪
<input type="checkbox"/> מטריה ביטוחית	..... ₪	..... ₪
<input type="checkbox"/> אחר: .....	..... ₪	..... ₪

הערות: .....

ג אישור המבוטחים	
הריני מבקש מהראל חברה לביטוח בע"מ לבצע את השינויים כאמור בבקשה זו. ידוע לי כי החל ממועד בקשתי זו אצלכם, יקטנו הכיסויים הביטוחיים בהתאם, ולא יהיו לי כל דרישות, תביעות או טענות כלפיכם בכל הנוגע לקיום בקשתי זו על ידכם.	
תאריך: .....	שם המבוטח הראשון: .....
.....	.....
תאריך: .....	שם המבוטח השני: .....
.....	.....