

מס' פקס בהראל ביטוח חיים: 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il
יתן לוודא את קבלת הפקס 24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

לקוח/ה נכבד/ה,
על מנת שנוכל לבצע את בקשתך, יש להעביר בקשה זו חתומה על ידך.
נודה לך על מילוי הפרטים האישיים לרבות מספרי טלפון כולל טלפון נייד.

לכל הפוליסות של המבוטח לפי ת.ז.
פוליסות הבאות בלבד

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

א פרטי המבוטח (נא לצרף צילום ת.ז. ובמקרה של ת.ז. ביומטרית, יש לצרף צילום של שני צידי התעודה)

שם משפחה	שם פרטי	ישוב	רחוב	מס' בית	מיקוד
מס' זהות			מס' טלפון		
מס' נייד (חשוב מאוד לצורך טיפול יעיל בבקשתך)					
כתובת דואר אלקטרוני					
.....@.....					
הדוחות הרבעוניים והשנתיים יישלחו באמצעות המייל ובאמצעות SMS, אם ברצונך לקבל את הדוחות באמצעות דואר ישראל אנא פנה לשירות הלקוחות					

ב בקשת המבוטח לייפוי כח

שם הסוכן/סוכנות תאגיד	שם הסוכן/סוכנות תאגיד
מספר סוכן	מספר סוכן
*ייפוי הכח תקף ל- 90 יום. לאחר מכן, יש להעביר בקשה חדשה חתומה על ידי המבוטח/בעל הפוליסה.	אבקש לייפות בזה את כוחו של הסוכן/סוכנות שלי לקבלת מידע הקשור לפוליסה/ות הביטוח שלי בחברתכם.

ג אופן העברת מידע לסוכן (יש למלא שדה זה במידה וכתובת המייל שונה מכתובת המייל שבאמצעותה הועברה בקשה זו לחברתנו)

אבקש להעביר את המידע לכתובת מייל:@.....
טלפון לברורים:

ד הצהרות

שם המבוטח	תאריך	ת.ז.	חתימת המבוטח
שם בעל הפוליסה שאינו המבוטח*	תאריך	ת.ז.	חתימת בעל הפוליסה שאינו המבוטח

*במידה ובעל הפוליסה שונה מהמבוטח הראשי, יש להחתים את בעל הפוליסה בנוסף.

