

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

יש למלא את הטופס ולהחזירו חתום לאגף ביטוח חיים, באמצעות פקס מס': 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il  
יתן לוודא את קבלת הפקס 24 שעות לאחר המשלוח בטלפון: 1700-70-28-70

## א הצהרת המבוטח

אני החתום מטה, מבקש להאריך את תקופת הביטוח בגין פוליסה/ות הביטוח הרשומה/ות מטה ובהתאם לבחירתי כמפורט להלן. הריני להצהיר כי הנני מועסק אצל מעסיק/עוסק מורשה המפורט מטה והנני מתחייב להודיע לחברה על כל שינוי בפרטי המעסיק/עוסק מורשה ו/או מצבי התעסוקתי.

חתימת המבוטח: \_\_\_\_\_

## ב פרטי המבוטח (יש לצרף צילום תעודת זהות)

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.
<p>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.</p>		

## ג פרטי המעסיק

שם	ח.פ./ת.ז של עוסק מורשה	מספר טלפון
----	------------------------	------------

## ד בקשת המבוטח (יש לסמן ב-X את האופציה המבוקשת)

אבקש להאריך את תום התקופה של הפוליסה/ות המפורטות להלן בגין כספי התגמולים הקצבתיים הצבורים:

מספר פוליסה/ות: \_\_\_\_\_

אבקש להאריך את תום התקופה של הפוליסה/ות המפורטות להלן בגין כספי הפיצויים:

מספר פוליסה/ות: \_\_\_\_\_

1. ידוע לי כי תום תקופת הביטוח בגין הפוליסה/ות לעיל תוארך לתקופה של שנה אחת בלבד ובהתאם להסדר התחיקתי כפי שיעודכן מעת לעת, וזאת בכפוף להצגת אישור בדבר הכנסה מעבודה ו/או משלח יד ובכל מקרה לא מעבר לגיל 75 שנה.

2. ידוע לי כי בתום תקופת הארכה, יהיה עלי להעביר לידי החברה הנחיות בדבר הארכה לתקופה נוספת ו/או משיכת הכספים הצבורים ו/או בקשת העברה בגין כספים אלו למוצר חסכון אחר, וזאת בכפוף להסדר התחיקתי אשר יהיה בתוקף באותו מועד.

3. אני מגיש את בקשתי שבנדון לאחר שהבנתי את ההשלכות שיש לכך.

חתימת המבוטח: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

