

# בקשה לשינויים בפוליסת מגוון עם הכנסה חודשית

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.  
השימוש בטופס זה מאושר על פי מועד גרסתו האחרונה בחברה.

יש למלא את הטופס ולהחזירו למס' פקס בהראל 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.....

מספר טלפון.....

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

פוליסה מס': .....

א פרטי המבוטח	
שם משפחה	שם פרטי
.....	.....
מס' ת.ז. ....	

**ב בקשה לשינוי סכום ההכנסה החודשית**

אני מבקש לבצע שינוי בסכום ההכנסה החודשית כך שהחל מחודש..... סך ההכנסה יהיה.....

הסכום שיועבר אליך יהיה לאחר ניכוי מס ככל שנדרש בהתאם להוראות הדין.

**ג שינוי פרטי חשבון בנק להפקדת סכום הכנסה חודשית - יש לצרף צילום המחאה או אישור לניהול חשבון**

אני מבקש לבצע שינוי בפרטי חשבון הבנק להפקדת סכום ההכנסה החודשית:

שם הבנק..... מס' סניף..... מספר חשבון.....

**ד הפסקת תשלומים מפוליסת הכנסה חודשית**

אני מבקש לבצע עצירת תשלומים מפוליסת הכנסה חודשית החל מתאריך.....

**ה הצהרות המבוטח / בעל הפוליסה (אם שונה מן המבוטח)**

אני הח"מ מאשר לבצע את השינויים המצויינים לעיל.

שם המבוטח / בעל הפוליסה (אם שונה מן המבוטח)..... ת.ז. ....

תאריך.....

חתימת המבוטח / בעל הפוליסה (אם שונה מן המבוטח).....