

למשלוח הטופס לאגף בריאות וחיים בדוא"ל:
polisotbs@harel-ins.co.il
או באמצעות פקס: 03-7348178.
*מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת
מסמכים: 1-700-702-870, השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת
הטופס. עדכון לאחר השעה 15:00 יתבצע למחרת.

בקשה למינוי סוכן למבוטח / בפוליסות בריאות וחיים

לכל הפוליסות של המבוטח לפי ת.ז.:

לפוליסות הבאות בלבד:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

לכבוד:
הראל חברה לביטוח בע"מ
רחוב אבא הלל 3,
ת.ד. 1591 רמת גן 52118
באמצעות אגף בריאות וחיים

א פרטים אישיים:

מבוטח/בעל הפוליסה(שם מלא):	מספר זהות:
ראשי:	
המידע וההודעות בקשר עם בקשה זו ישלחו לפרטי הקשר הקיימים אצלנו. תוכל לאמת אותם או לעדכן אותם באזור האישי שלך באתר האינטרנט של החברה.	

ב אני החתום מטה, מבקש לבצע מינוי סוכן:

שם הסוכן/סוכנות:	מספר סוכן:	טלפון לבירורים:	כתובת:	פקס:
1. אבקש למנות בפוליסה/ות על שמי את סוכן הביטוח/סוכנות, כסוכן בפוליסה/ות ביטוח בריאות וחיים בהתאמה לפוליסות לעיל. 2. אני מייפה את כוחו/ה של סוכן הביטוח/סוכנות לקבל כל מידע בקשר עם פוליסה/ות ביטוח הבריאות וחיים, להעברת בקשותיי לביצוע פעולות בהן, והכל בהתאם לדיון. 3. ידוע לי כי מינוי הסוכן המבוקש בטופס זה יבוצע גם עבור המבוטחים הקטינים שעמי בפוליסה (ככל שישנם). 4. מינוי זה מבטל כל מינוי סוכן אחר שמונה לטפל בעבר בפוליסה/ות שעל שמי.				

ג חתימה:

שם המבוטח/בעל הפוליסה(שם מלא):	מספר זהות:	תאריך חתימה:	חתימת מבוטח:
ראשי:			

קוד מסמך: 2024



dt2024