בקשה להחמרה במצב רפואי
למקבלי קצבת נכות – קרן פנסיה ה.ע.ל

הראל ביטוח ופיננסים

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

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס 03-7348044 או למייל HaalK@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 70-28-70-1700

לכבוד:
הראל פנסיה וגמל בע"מ (המנהלת את קרן הפנסיה ה.ע.ל)
רח' אבא הלל 3, ת.ד 1951, רמת גן מיקוד: 5211802

א פרטי מגיש הבקשה (העמית)

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה
מין	מצב משפחתי	רחוב	מס' בית
ישוב	מיקוד	טלפון	טלפון נייד

ב סיבת ההחמרה

.....

.....

.....

.....

.....

.....

לבקשה זו יש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על החמרה במצבך הרפואי.

חתימה ..... תאריך .....

סטודיו הראל 34696.8 08/2021