

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס 03-7348169 או למייל: agafhaim@harel-ins.co.il.
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל': 1700-70-28-70.

שם הסוכן/סוכנות..... מס' סוכן..... חתימת הסוכן.....

אנו ממליצים לפנות לסוכן הביטוח שלך או אלינו באמצעות מוקד שירות הלקוחות שלנו כדי להבין את המשמעויות של הקטנת הכיסויים לפני שליחת הבקשה.

א פרטי המבוטחים			
מבוטח ראשון	שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות (כולל ס"ב)
מבוטח שני	שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות (כולל ס"ב)
תאריך לידה			
תאריך לידה			
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.			
מס' הפוליסה:..... ברצוני לבצע בפוליסה את השינויים הבאים החל מחודש:..... / 20..... שנה חודש			
השינויים יבוצעו החל מחודש בקשתך או חודש קבלת המסמכים בחברה, המאוחר מביניהם.			

ב יש לסמן את תכנית הביטוח הרלוונטית		
שם התכנית	מבוטח ראשון - סכום ביטוח לאחר הקטנה	מבוטח שני - סכום ביטוח לאחר הקטנה
☐ מגן (פרמיה משתנה)	 (מינימום 50,000 ₪)	 (מינימום 50,000 ₪)
☐ מגן (פרמיה קבועה)	 (מינימום 50,000 ₪)	 (מינימום 50,000 ₪)
☐ הראל פנסית שארים	 ₪	 ₪
☐ מוות מתאונה	 (מינימום 50,000 ₪)	 (מינימום 50,000 ₪)
☐ נכות מתאונה	 (מינימום 50,000 ₪)	 (מינימום 50,000 ₪)
☐ אובדן כושר עבודה	 ₪	 ₪
☐ מחלות קשות (מענקית)	 ₪	 ₪
☐ מטריה ביטוחית	 ₪	 ₪
☐ אחר:.....	 ₪	 ₪
הערות:.....		

ג פרטיות
הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ["הראל"] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.
פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

ד אישור המבוטחים	
תאריך.....	שם המבוטח הראשון.....
תאריך.....	שם המבוטח השני.....
חתימת המבוטח הראשון.....	
חתימת המבוטח השני.....	

