

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

לכבוד

הראל חברה לביטוח - אגף ביטוח חיים

רחוב אבא הלל 3

רמת גן 5211802

א פרטי המבוטח / בעל הפוליסה (אם שונה מהמבוטח בפוליסת פרט או תגמולים לעצמאיים בלבד)

שם משפחה		שם פרטי		מס' תעודת זהות							
רחוב		מס'		ישוב		מיקוד		טלפון			
המידע וההודעות בקשר עם בקשה זו יישלחו באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים אצלנו במועד המשלוח. תוכל לאמת אותם או לעדכן אותם באזור האישי שלך באתר האינטרנט של החברה.											

ב עדכון מוטבים

אבקש לעדכן את המוטב/ים למקרה פטירה בפוליסות ביטוח החיים שלי. יש להחיל את העדכון על

כל הפוליסות על שמי בהראל לפי מס' תעודת זהות.....

☐ בפוליסות לפי מספר פוליסה:

1. במידה ויצוינו מס' פוליסות לעיל, העדכון יחול רק על הפוליסות כפי שצוינו בטופס)
2.
3.

אני, החתום מטה, ממנה בזאת את הרשומים להלן, כמוטבים לתשלום בפוליסות שצוינו לעיל לאחר מותו חו"ו של המבוטח:

ג פרטי המוטבים

[illegible]

הערות:

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 הדיון, 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. בהשר 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>.



1. הנני מצהיר כי אני פועל בעבור עצמי ואני מתחייב להודיע למבטח אם אפעל בעבור אחר.
2. בקשה לשינוי מוטבים זו מבטלת כל הוראה קודמת למינוי ו/או שינוי מוטבים שניתנה לכם על ידי, וזאת ביחס למספר הפוליסה המצויין לעיל.
3. אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.

תאריך: שם בעל הפוליסה (בפוליסת פרט או תגמולים לעצמאיים בלבד ואם שונה מהמבוטח):

מס' תעודת זהות: חתימת בעל הפוליסה:

תאריך: שם המבוטח: מס' תעודת זהות: חתימת המבוטח:

זיהוי בעל הפוליסה כאשר סכום הביטוח או החסכון בפוליסה גבוה מ-2,000,000 ₪

אני מאשר בזה כי ביום _____ הופיע בפניי _____ נושא תעודת זהות _____
☐ המוכר לי אישית ☐ הציג בפניי את תעודת הזהות שלו וזיהיתי אותו לצורך עדכון המוטבים בפוליסה.

שם מבצע הזיהוי: סוכן/עו"ד/קבלת קהל (נא סמן בעיגול) חתימת מבצע הזיהוי:

