

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

הבקשה הגיעה באמצעות
סוכן/סוכנות ביטוח.....
מספר סוכן.....
מספר טלפון.....

יש למלא את הטופס ולהחזירו למס' פקס בהראל ביטוח חיים: 03-7348169 או למייל ניתן לוודא את קבלת הפקס 24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

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 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 .

ג 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.

ד 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.....

ה הפסקת תשלומים מפוליסת הכנסה חודשית
☐ אני מבקש לבצע עצירת תשלומים מפוליסת הכנסה חודשית החל מתאריך.....

ו 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)