

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

לכבוד

הראל חברה לביטוח - אגף ביטוח חיים  
רחוב אבא הלל 3, רמת גן

א פרטים אישיים	
שם משפחה	שם פרטי
תאריך לידה	טלפון בבית
כתובת	טלפון נייד
	ת.ז.

ב סעיף מידע על הפוליסה
מספר הפוליסה
תאריך ביטולה בחברתנו

ג בקשה לקבלת מידע
אני מבקש לקבל מידע בגין הפוליסה שלי שבוטלה בחברתכם. המידע המבוקש:
.....
.....
.....
.....
.....

ד אופן קבלת המידע
נא שלחו לי את המידע למייל/טלפון:
.....

ה חתימה		
שם	ת.ז.	חתימה
		