

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   |      |