

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

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 בע"מ

ג.א.נ.,

מס' פוליסה

הנני/ו מבקש/ים בזה לשעבד את הפוליסה/ות הנ"ל וכל הזכויות ו/או ההנאות של בעל הפוליסה/ות ושל המוטבים ו/או בגינם,  
עד לגובה\*\* שם המשעבד:

שם המשעבד:

אחר ..... אנה ציין זיקת המבוטח עם הגורם המשעבד

בנק ..... שם/מס' סניף

כתובת המשעבד

ח.פ המשעבד

כמו כן, נבקשכם לשנות את המוטב במקרה מותינו בכל הפוליסה/ות הנ"ל לגורם המשעבד לעיל כמוטב בלתי חוזר עד לגובה  
סכום השעבוד ויתרת סכום הביטוח תשולם למוטבים הבאים:

מבוטח ראשון	שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	קרבה	החלק באחוזים
	שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	קרבה	החלק באחוזים
	שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	קרבה	החלק באחוזים
מבוטח שני	שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	קרבה	החלק באחוזים
	שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	קרבה	החלק באחוזים
	שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	קרבה	החלק באחוזים

\*\*הסכום הנקוב נכון ליום תאריך הבקשה.

תאריך שם מבוטח ראשון מס' ת.ז. חתימה

תאריך שם מבוטח שני מס' ת.ז. חתימה

תאריך שם בעל הפוליסה מס' ת.ז. חתימה

\*הסכמה לשעבוד מותנית באישור החברה.



00663td