

# בקשה להארכת פוליסת ביטוח חיים קצבתית/פיצויים (פוליסות מנהלים ותגמולים לעצמאים)

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

יש למלא את הטופס ולהחזירו חתום לאגף ביטוח חיים, באמצעות פקס מס': 03-7348169  
ניתן לוודא את קבלת הפקס 24 שעות לאחר המשלוח בטלפון: 1700-70-28-70

**לקוח/ה נכבד/ה,**  
על מנת שנוכל לבצע את בקשתך, יש להעביר בקשה זו חתומה על ידך.  
נודה לך על מילוי הפרטים האישיים לרבות מספרי טלפון **כולל טלפון נייד**, על מנת למנוע עיכוב בטיפול בקשתך.

**לכבוד:**  
הראל חברה לביטוח בע"מ - אגף ביטוח חיים  
רחוב אבא הלל 3, ת.ד. 1951  
רמת גן 5211802

<b>א</b>	<b>הצהרת המבוטח</b>	<p>אני החתום מטה, מבקש להאריך את תקופת הביטוח בגין פוליסה/ות הביטוח הרשומה/ות מטה ובהתאם לבחירתי כמפורט להלן. הריני להצהיר כי הנני מועסק אצל מעסיק/עוסק מורשה המפורט מטה והנני מתחייב להודיע לחברה על כל שינוי בפרטי המעסיק/עוסק מורשה ו/או מצבי התעסוקתי.</p> <p>חתימת המבוטח: _____</p>
----------	---------------------	---

<b>ב</b>	<b>פרטי המבוטח (יש לצרף צילום תעודת זהות)</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">שם משפחה</td> <td style="width: 30%;">שם פרטי</td> <td style="width: 40%;">מס' ת.ז.</td> </tr> <tr> <td>ישוב</td> <td>רחוב</td> <td>מס' בית</td> </tr> <tr> <td>מס' טלפון</td> <td colspan="2">מס' נייד (חשוב מאוד לצורך טיפול יעיל בבקשתך)</td> </tr> <tr> <td>דואר אלקטרוני</td> <td colspan="2">E-Mail</td> </tr> </table>	שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	ישוב	רחוב	מס' בית	מס' טלפון	מס' נייד (חשוב מאוד לצורך טיפול יעיל בבקשתך)		דואר אלקטרוני	E-Mail	
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.												
ישוב	רחוב	מס' בית												
מס' טלפון	מס' נייד (חשוב מאוד לצורך טיפול יעיל בבקשתך)													
דואר אלקטרוני	E-Mail													

<b>ג</b>	<b>פרטי המעסיק</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">שם</td> <td style="width: 40%;">ח.פ.ת.ז. של עוסק מורשה</td> <td style="width: 30%;">מספר טלפון</td> </tr> </table>	שם	ח.פ.ת.ז. של עוסק מורשה	מספר טלפון
שם	ח.פ.ת.ז. של עוסק מורשה	מספר טלפון			

<b>ד</b>	<b>בקשת המבוטח (יש לסמן ב-X את האופציה המבוקשת)</b>	<p><input type="checkbox"/> אבקש להאריך את תום התקופה של הפוליסה/ות המפורטות להלן בגין כספי התגמולים הקיצבתיים הצבורים: מספר פוליסה/ות: .....</p> <p><input type="checkbox"/> אבקש להאריך את תום התקופה של הפוליסה/ות המפורטות להלן בגין כספי הפיצויים: מספר פוליסה/ות: .....</p> <p>1. ידוע לי כי תום תקופת הביטוח בגין הפוליסה/ות לעיל תוארך לתקופה של שנה אחת בלבד ובהתאם להסדר התחיקתי כפי שיעודכן מעת לעת, וזאת בכפוף להצגת אישור בדבר הכנסה מעבודה ו/או משלח יד ובכל מקרה לא מעבר לגיל 75 שנה.</p> <p>2. ידוע לי כי בתום תקופת הארכה, יהיה עלי להעביר לידי החברה הנחיות בדבר הארכה לתקופה נוספת ו/או משיכת הכספים הצבורים ו/או בקשת העברה בגין כספים אלו למוצר חסכון אחר, וזאת בכפוף להסדר התחיקתי אשר יהיה בתוקף באותו מועד.</p> <p>3. אני מגיש את בקשתי שבנדון לאחר שהבנתי את ההשלכות שיש לכך.</p> <p>תאריך: ..... חתימת המבוטח: _____</p>
----------	---	--