

למשלוח הטופס לאגף הבריאות - בדוא"ל: polisotbs@harel-ins.co.il או בפקס: 03-7348178.
*מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים: 1-700-702-870, השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת הטופס.
עדכון לאחר שעה 15:00 יתבצע למחרת.

לכבוד
הראל חברה לביטוח - אגף הבריאות
רחוב אבא הלל 3
רמת גן 5211802

פרטי המבוטח		שם משפחה		שם פרטי		מס' ת.זהות*	
רחוב	מס'	יישוב	מיקוד	טלפון			
אישור לקבלת דוחות למבוטח בדוא"ל: אני מסכים כי הדוח השנתי למבוטח ישלח לדוא"ל שלי בכתובת@..... וזאת במקום באמצעות הדואר.							

*חובה לצרף צילום ת.ז.

עדכון מוטבים

אבקש לעדכן את המוטבים למקרה פטירה בפוליסות תאונות אישיות/ריסק. יש להחיל את העדכון על

כל הפוליסות על שמי לפי מס' ת.ז.
 בפוליסות לפי מספר פוליסה:

1.....
 2.....
 3.....

(במידה ויצוינו מס' פוליסות לעיל, העדכון יחול רק על הפוליסות כפי שצויינו בטופס)
 צורף צילום ת.ז. - חובה.

אני, החתום מטה, ממנה בזאת את הרשומים להלן, כמוטבים לתשלום בפוליסות שצוינו לעיל לאחר מותי ח"ו:

פרטי המוטבים				
שם משפחה ופרטי	מס' ת.זהות	תאריך לידה	יחס קרבה למבוטח	החלק ב-%
			סה"כ	100%

הערות:

הצהרות

1. הנני מצהיר כי אני פועל בעבור עצמי ואני מתחייב להודיע למבוטח אם אפעל בעבור אחר.
 2. בקשה לשינוי מוטבים זו מבטלת כל הוראה קודמת למינוי ו/או שינוי מוטבים שניתנה לכם על ידי, וזאת ביחס למספר הפוליסה המצויין לעיל.
 3. אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.

תאריך: שם המבוטח: מס' ת.זהות: חתימת המבוטח:

