

מס' פקס בהראל 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

הבקשה הגיעה באמצעות:

סוכן/סוכנות הביטוח:

מס' סוכן:

חתימת הסוכן:

מס' פוליסה:

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.

לכבוד:

הראל חברה לביטוח בע"מ

רחוב אבא הלל 3, ת.ד. 1951 רמת גן 5211802

באמצעות אגף ביטוח חיים

א פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	מספר טלפון
ישוּב	רחוב	מס' בית מיקוד	מספר נייד
המידע וההודעות בקשר עם בקשת השינוי יישלחו באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים אצלנו במועד המשלוח. תוכל לאמת אותם או לעדכן אותם באזור האישי שלך באתר האינטרנט של החברה.			

ב מידע למבוטח

לתשומת ליבך, סילוק פוליסת הביטוח משמעותו ביטול הכיסויים הביטוחיים הקיימים בפוליסת הביטוח שלך. בטרם תעביר בקשה זו, מומלץ להתייעץ עם סוכן הביטוח שלך בדבר השלכות סילוק הפוליסה.

ג הצהרות

אני החתום מטה, מבקש לבצע סילוק בפוליסת הביטוח הרשומה לעיל.			
שם המבוטח	תאריך	תעודת זהות	חתימת המבוטח
שם בעל הפוליסה במידה ושונה מן המבוטח	תאריך	תעודת זהות	חתימת בעל הפוליסה במידה ושונה מן המבוטח

