

טופס בירור מידע על פוליסת/כיסוי שבוטל/ה

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

- יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס ביטוח חיים 7348169-03 או למיל il/agafhaim@harel-ins.co.il או למיל 1700-70-28-70.
- ניתן לוודא את קבלת הפקס 24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70.

לכבוד

הראל חברה לביטוח - אגף ביטוח חיים
רחובABA היל, 3, רמת גן

A פרטי אישים

ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה
טלפון נייד	טלפון בית	תאריך לידה
		כתובת

B סעיף מידע על הפוליסה

מספר הפוליסה	תאריך ביטולה בחברתנו
--------------	----------------------

C בקשה לקבלת מידע

אני מבקש לקבל מידע בגין הפוליסת שלי שבוטלה בחברתכם. המידע המבוקש:

.....
.....
.....
.....
.....

D אופן קבלת המידע

נא שלחו לי את המידע למיל/טלפון:

.....
.....

E חתימה

חתימה	ת.ז.	שם
-------	------	----



dt3263