

לכבוד

הראל חברה לביטוח בע"מ

אגף תביעות בריאות וחול"ל

פקס 03-7348166 דוא"ל tvbriut@harel-ins.co.il

אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן, מיקוד 521180

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.

תצהיר

אנו החתומים מטה, הורי הקטין, מספר ת.ז. _____

מבקשים להעביר את תגמולי הביטוח בגין תביעה מספר _____

לחשבון הבנק המשותף שעל שמנו, _____

שמספרו _____ מספר סניף _____ שם בנק _____

או לחילופין לחשבון האם או האב, על שם, _____

שמספרו _____ מספר סניף _____ שם בנק _____

(יש לצרף צילום המחאה במקרה שמדובר בהעברה בנקאית לסכום נתבע מעל 15,000 ש"ח)

או לחילופין להנפיק המחאה ע"ש האם או האב _____

בחתמתנו על גבי מסמך זה הרינו לאשר כי עם קבלת תגמולי הביטוח כמבוקש לעיל לא תהיה לנו ו/או למי מטעמנו כל תביעה ו/או טענה מכל סוג שהוא כלפי הראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה בנוגע לביצוע

התשלום בגין תביעה זו.

בתודה מראש

האם _____ האב _____

ת.ז. _____ ת.ז. _____