

כתובת דוא"ל לשליחת המסמכים: scan-life@hcsra-ins.co.il

בקשה להארכת פוליסת ביטוח חיים (מנהלים / תגמולים לעצמאים)

א. הצהרת המבוטח:

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.

ב. פרטי המבוטח (יש לצרף צילום תעודת זהות):

שם פרטי:		שם משפחה:		מספר תעוד זהות:	
מען:					
ישוב		רחוב		מספר בית	
מספר טלפון נייד:			מספר טלפון נייד:		
דוא"ל:					

ג. פרטי המעסיק:

אבקש להאריך את תום התקופה של הפוליסה/ות המפורטות:

ידוע לי כי תום תקופת הביטוח בגין הפוליסה/ות לעיל תוארך לתקופה בת חמש שנים בלבד במתכונת חסכון טהור וללא כיסויים ביטוחיים ובהתאם להסדר התחיקתי כפי שיעודכן מעת לעת, וזאת בכפוף להצגת אישור בדבר הכנסה מעבודה ו/או משלח יד.

ידוע לי כי בתום תקופת ההארכה, יהיה עלי להעביר לידי החברה הנחיות בדבר הארכה לתקופה נוספת ו/או בקשה למשיכת הכספים הצבורים ו/או בקשת העברה בגין כספים אלו למוצר חסכון אחר, וזאת בכפוף להסדר התחיקתי אשר יהיה בתוקף באותו מועד.

אני מגיש את בקשתי שבנדון לאחר שהבנתי את ההשלכות שיש לכך.

תאריך: _____ שם המבוטח: _____ חתימת המבוטח: X _____

04.2025 1072



^dt3156

***3453**