

למשלוח הטופס לאגף בריאות וחיים - 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.

פרטיות: הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ["הראל"] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.
פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

אני, החתום/מה מטה מבקש/ת לעדכן את אמצעי קבלת מסמכי הדיווח בפוליסות בריאות וחיים הרשומות על שמי בחברה, בהתאם למפורט להלן:

א	פרטי המבוטח/ת	שם פרטי	מס' תעודת זהות
	שם משפחה		

ב	אופן קבלת מסמכי הדיווח	פרטי התקשרות
	☐ מייל + מסרון נלווה	דוא"ל:@..... ניד:
	☐ מסרון	ניד:
	☐ דואר ישראל	כתובת למשלוח:

משלוח המסמכים יבוצע בהתאם לפרטים העדכניים המופיעים בחברה במועד המשלוח.
שים לב: בחירתך תעודכן ותחול לגבי כל מוצרי ביטוח בריאות ו/או חיים הרשומים על שמך בחברת הראל.

ג	אישור המבוטח
	הריני מבקש מהראל חברה לביטוח בע"מ לבצע את השינויים כאמור בבקשה זו החל ממועד בקשתי זו אצלכם. תאריך: שם המבוטח: חתימה: 