

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 מבקש לבטל את בקשת הביטול שהתקבלה בעבור הפוליסות הבאות:

פרטי הפוליסה

ב אני מבקש לבטל את בקשת הביטול שהתקבלה עבור הנספחים הבאים:

פרטי הפוליסה	פרטי הנספחים

ג פרטי המבוטח

ס"ב	מספר זהות**	שם משפחה**	שם פרטי**	תאריך החתימה	חתימת המבוטח***

**חובה למלא (ככל שבקשת החרטה מביטול דן הינה מטעם שני מבוטחים, הפרטים המצוינים לעיל ישמשו לעדכון שני המבוטחים בעניין בקשת חרטה זו).
***בקשת החרטה מביטול צריכה להיות חתומה על-ידי כל אחד מהמבוטחים הבגירים.