

למשלוח הטופס לאגף הבריאות - בדוא"ל: polisotbs@harel-ins.co.il או במסרון לטלפון: 052-3253880

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 משפחה | שם פרטי |
| מס' תעודת זהות | |

| ב אופן קבלת מסמכי הדיווח | |
|---|----------------------|
| פרטי התקשרות | |
| <input type="checkbox"/> מייל + מסרון נלווה | דוא"ל: @ נייד: |
| <input type="checkbox"/> מסרון | נייד: |
| <input type="checkbox"/> 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: / |

