

כתובת דוא"ל: tvioths@harel-ins.co.il
 מספר פקס: 03-7348172
 למשלוח בדואר: אגף תביעות ביטוחי חיים, סיעוד ותאונות אישיות, רח' אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן, מיקוד 5211802.
 מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים - 1-700-702-870. השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת טופס זה בדוא"ל ובפקס. עדכון לאחר שעה 15:00 יתבצע למחרת.

שם המבוטח..... מספר ת.ז.....

פרטי איש קשר				
שם פרטי		שם משפחה		ת.ז. איש קשר
טלפון		טלפון נייד		
כתובת דוא"ל				
@				
כתובת מלאה				
רחוב	מס' הבית	שכונה	יישוב	מיקוד
הקרבה למבוטח				
איש הקשר אינו משום מיופה כוח או אפוטרופוס מבחינה משפטית ומשמש כתובת נוספת ליצירת קשר עם המבוטח ולקבלת מידע בקשר עם התביעה. מבוטח המעוניין שאיש הקשר ישמש כמיופה כוח, יעביר ייפוי כוח חתום או צו מינוי אפוטרופוס על-ידי בית המשפט.				
הערה חשובה: על מנת שנוכל לטפל בתביעה בצורה יעילה ומהירה, נבקש להעביר למשרדנו טופס זה מלא וחתום וכן טופס ויתור על סודיות רפואית.				

ב	הצהרה
אני הח"מ, מצהיר/ה בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ואני מאשר/ת מסירת מידע מכל סוג לאיש הקשר המפורט לעיל.	תאריך..... חתימת התובע/ת (מבוטח/אפוטרופוס) * /

*ללא חתימה כנדרש לא נוכל לפעול מול איש הקשר.

ג	הצהרת המבוטח למינוי סוכן לטיפול בתביעה
הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה מר/גב'..... מספר סוכן..... לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.	תאריך..... שם ושם משפחה..... חתימה /