

מס' פקס בהראל ביטוח חיים: 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס 24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

הבקשה הגיעה באמצעות:

סוכן/סוכנות הביטוח:

מס' סוכן:

חתימת הסוכן:

מס' פוליסה:

לקוח/ה נכבד/ה,

על מנת שנוכל לבצע את בקשתך, יש להעביר בקשה זו חתומה על ידך.
נודה לך על מילוי הפרטים האישיים לרבות מספרי טלפון כולל טלפון נייד.

לכבוד:

הראל חברה לביטוח בע"מ

רחוב אבא הלל 3, ת.ד. 1951 רמת גן 5211802

באמצעות אגף ביטוח חיים

א פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	מספר טלפון
ישוב	רחוב	מס' בית	מספר נייד
המידע וההודעות בקשר עם בקשת השינוי יישלחו באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים אצלנו במועד המשלוח. תוכל לאמת אותם או לעדכן אותם באזור האישי שלך באתר האינטרנט של החברה.			

ב 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 .

ג מידע למבוטח

לתשומת ליבך, סילוק פוליסת הביטוח משמעותו ביטול הכיסויים הביטוחיים הקיימים בפוליסת הביטוח שלך. בטרם תעביר בקשה זו, מומלץ להתייעץ עם סוכן הביטוח שלך בדבר השלכות סילוק הפוליסה.

ד הצהרות

שם המבוטח	תאריך	תעודת זהות	חתימת המבוטח
שם בעל הפוליסה במידה ושונה מן המבוטח	תאריך	תעודת זהות	חתימת בעל הפוליסה במידה ושונה מן המבוטח