טופס שינוי פרטי מבוטח בפוליסה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

הראל
ביטוח ופיננסים

לשימוש פנימי -
סוג מסמך 3153

יש למלא את הטופס ולהחזירו למס' 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

לכבוד,
הראל חברה לביטוח בע"מ
רחוב אבא הלל 3, ת.ד 1951 רמת גן 5211802
האגף לביטוח חיים

א פרטי בעל הפוליסה / המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד
אישור לקבלת דוחות לעמית בדוא"ל: אני מסכים כי הדוח השנתי לעמית ישלח לדואר האלקטרוני שלי בכתובת .....@..... וזאת במקום באמצעות הדואר.			
טלפון	טלפון נייד		

ב אני החתום מטה, מבקש לעדכן את הפרטים הבאים בפוליסות שעל שמי:

עדכון/שינוי פרטים	נא למלא בעמודה זו את העדכון/השינוי המתבקש	צרופות
שם משפחה/פרטי		יש לצרף תצלום תעודת זהות עדכני
תאריך לידה		יש לצרף תצלום תעודת זהות עדכני
כתובת מגורים		יש לצרף תצלום תעודת זהות עדכני
מקצוע/עיסוק/תחביב	עיסוק: ..... מקצוע: ..... תחביב: ..... החל מתאריך:	למי שהתחיל, הרחיב או שינה את עיסוקו/מקצועו/תחביבו יש למלא ולצרף שאלון מתאים.

ג הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

אני מסכים, מעבר למתחייב על-פי דין או הסכם, כי מידע זה ויתר המידע אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת, בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS), וכן לצורך טיפול בתביעות, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

..... תאריך ..... חתימה

בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il, באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף חיים, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת-גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

..... תאריך ..... שם בעל הפוליסה/המבוטח ..... חתימה

סטודיוהראל b3572/7487 10/2014