

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.
באפשרותך לצפות בנתוניך האישיים (כולל פרטי התקשרות) ולעדכןם, באתר האינטרנט של החברה www.harel-group.co.il		

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
מצב אישי <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן		יש לצרף תצלום תעודת זהות עדכני
תאריך לידה		יש לצרף תצלום תעודת זהות עדכני
מקצוע/עיסוק/תחביב	עיסוק: מקצוע: תחביב:	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 אודותי, 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 לידיעת 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

