

למשילוח הטופס לאגף בריאות וחימם - בדוא"ל: 03-7348178 או בפקס: 03-870-702-1-1, השירות נתן 3 שעות לאחר שליחת הטופס. עדכון לאחר
24 שעות מוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים. השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת הטופס. עדכון לאחר
שעה 15:00 יבוצע למחמתה.

פרטיות: הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה ומגדל בע"מ [הראל"] אוספות מידע לצורך צירוף למטופלים, מתן שירותים, תפעול וניהול ח"י מטופלים, טיפול בתביעות, תלומים והליך, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הראות דין, בהתאם ולהצע מטופלים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין כוונה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבדוק את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסטוק הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשתו ובכל הקשור בניהול וטיפול מטופלים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.

פירוט נוסף זמין במידיניות הפרטיות באתר הראל כולל גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עין ותיקון וכן הסרה מדיוור
ושיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

עבור חברת הביטוח:

אני (שם מלא), ת.ז., ובני משפחתי אלה (קטינים בלבד):

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
		1
		2
		3
		4

..... מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח

@.....

אוודה על קבלת אישור לבקשת זו למייל.

חתימת המועמד לביטוח



תאריך



dt2497