בקשה להחמרה במצב רפואי
למקבלי קצבת נכות – קרן פנסיה ה.ע.ל

הראל
ביטוח ופיננסים

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

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס 03-7348044 או למייל HaalK@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

לכבוד:
הראל פנסיה וגמל בע"מ (המנהלת את קרן הפנסיה ה.ע.ל)
רח' אבא הלל 3, ת.ד 10951, רמת גן מיקוד: 5252202

א פרטי מגיש הבקשה (העמית)

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה
מין	מצב משפחתי	רחוב	מס' בית
ישוב	מיקוד	טלפון	טלפון נייד

ב פרטיות

הראל חברה לביטוח בע"מ, הראל פנסיה וגמל בע"מ והחברות המנהלות של הפנסיה והגמל ["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 סיבת ההחמרה

.....

.....

.....

.....

.....

.....

לבקשה זו יש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על החמרה במצבך הרפואי.

חתימה ..... תאריך .....

סטודיו הראל 47604.46 06/2025