

טופס עדכון פרטים אישיים למבוטח

א. פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
רחוב	מס' או ת.ד.	יישוב
	מיקוד	

ב. להלן הפרטים שברצוני לעדכן (נא ציין אך ורק את הפרטים שברצונך לערוך בהם שינויים):

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	מס' ילדים	מספר טלפון
רחוב*	מס' או ת.ד.	יישוב	מיקוד
כתובת דואר אלקטרוני	@	קופת חולים	

אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה לפרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין) בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל באמצעות:

אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד) דואר רגיל

לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות ישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה.

ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסויים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון *5454

*במידה והנך משנה כתובת, יש לצרף צילום תעודת זהות + ספח.

תאריך _____ חתימת המבוטח X _____

חתימת הסוכן X _____

