

4. ויתור על סודיות רפואית

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת החולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דרוש לבירור הזכויות והחובות המוקנות על פי הפוליסה, למסור להראל חברה לביטוח בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטינים.

5. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

- אני מצהיר כי המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה.
- אני מצהיר על הסכמתי לכך כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיי, המצוי או יהיה מצוי בידי החברה או בידי חברות אחרות 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, מלבד לכל עניין הקשור ו/או הנלווה להצטרפותי לפוליסה גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל ובשיווקם, לרבות לצורך עיבודו, אחסונו, טיפול בתביעות ולשם השלמת השימושים כאמור.

אם אינך מסכים שייעשה שימוש במידע אודותיך כמפורט לעיל ע"י חברות אחרות בקבוצת הראל נא הודע לנו על כך באמצעות "טופס סירוב שימוש במידע" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת <http://www.harel-group.co.il>.

- אני מסכים לקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן הועברו פרטיי, הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).

אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך בכל עת באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת <http://www.harel-group.co.il>.

- אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בחברתכם, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל האחרונה שנמסרה לכם, **במקום בכתב**. ידוע לי כי יתכן וישלח אלי חומר הנוגע לענייני הפרטיים כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות, ולפיכך אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.

תאריך _____ חתימה _____

תאריך _____ חתימה _____

6. חתימת המועמדים לביטוח/המצהיר בשם המועמדים

במקרה שבו טופס ההצטרפות מולא בעבור המועמדים הרשומים בטופס על ידי המצהיר, אני מאשר/ת כי תוקף הכיסוי הביטוחי בעבור כלל המבוטחים יהיה בכפוף לנכונות ולשלמות ההצהרות.

במקרה שהמצהיר חותם בשם המועמדים, לא נדרשת חתימת בן/בת הזוג וילד מעל גיל 18.

שם	מס' ת.ז.	תאריך	חתימה
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

עובד/ת: _____
בן/בת זוג: _____
ילד מעל גיל 18: _____
ילד מעל גיל 18: _____