





## 5. 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 ו/או לשלוחיה עובדיה וכל מי מטעמה, 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 זו כלפי ה"מבקש" ו/או יועץ הביטוח ומוותר על סודיות זו כלפי ה"מבקש". כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטינים.

ניתנת בזאת זכות לחברה לתבוע החזרים ולשובב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכיסוי התביעה הנ"ל או חלקה. אני החתום מטה מצהיר בזאת שתשובתי על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.

## 6. חתימת המועמדים לביטוח

שם העובד/ת	מס' ת.ז.	חתימה	תאריך
שם בן/בת הזוג	מס' ת.ז.	חתימה	תאריך
שם ילד מעל גיל 18	מס' ת.ז.	חתימה	תאריך
שם ילד מעל גיל 18	מס' ת.ז.	חתימה	תאריך
שם בן/בת זוג של ילד בוגר	מס' ת.ז.	חתימה	תאריך
שם בן/בת זוג של ילד בוגר	מס' ת.ז.	חתימה	תאריך
שם נכד מעל גיל 18	מס' ת.ז.	חתימה	תאריך
שם נכד מעל גיל 18	מס' ת.ז.	חתימה	תאריך

## תשלום הפרמיה באמצעות כרטיס אשראי

פרטי המבוטח

שם המבוטח \_\_\_\_\_ ת.ז. המבוטח \_\_\_\_\_

הוראת בעל כרטיס האשראי

לכבוד:  ויזה  ישראלכרט  דיינרס  אמריקן אקספרס

שם בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_

רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ ישוב \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

טלפון בבית \_\_\_\_\_ טלפון נוסף \_\_\_\_\_

תוקף	
שנה	חודש

מס' כרטיס											

אני הח"מ, נותן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם ע"י הראל חברה לביטוח בע"מ ואשר מספר כרטיסי האשראי שלי יהיה נקוב בהן.


הוראה זו נחתמה על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה להראל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרט הראל חברה לביטוח בע"מ למנפיקה.

סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו על ידי הראל חברה לביטוח בע"מ על פי תנאי התשלום של פוליסות/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת.

הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ.

הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

היה ופוליסת/ות הביטוח הנ"ל בהראל חברה לביטוח בע"מ תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.

\_\_\_\_\_   
חתימת בעל הכרטיס

\_\_\_\_\_   
תאריך