

ייפוי כוח מאת המועמד לביטוח

עבור חברת הביטוח

אני גלית אברהם \_\_\_\_\_ החתום מטה (שם מלא) ת.ז. 027274802 \_\_\_\_\_, מייפה את כוחו/ה של חברת הביטוח / סוכן הביטוח יצחק חזן, 069902757 \_\_\_\_\_ לדרוש ולקבל עבורי ועבור בני משפחתי אלה, עבור פוליסות שמספרן מופיע במידע שהתקבל מהר הביטוח (מצ"ב רשימת פוליסות)

1. שם \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_
2. שם \_\_\_\_\_ איתי יהודה \_\_\_\_\_ פוקס \_\_\_\_\_ מספר זהות 217081868
3. שם \_\_\_\_\_ אופיר אושר \_\_\_\_\_ סולומון \_\_\_\_\_ מספר זהות 208339390
4. שם \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_
5. שם \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_
6. שם \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_
7. שם \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

כל מידע הנדרש לו/ה לדעתו/ה לצורך הליך התאמת ביטוח כאמור בסעיף 8(א) לחוזר צירוף לביטוח, לרבות קבלת דף פרטי הביטוח, קבלת העתק מטופס גילוי נאות של הפוליסה המקורית ודוח שנתי אחרון שנשלח אלי.

ייפוי כוח יהיה בתוקף 30 ימי עבודה מיום חתימתו.

תאריך 01/04/2022 \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לביטוח \_\_\_\_\_ גלית אברהם

שלום רב,

בהמשך לפנייתו של **גלית אברהם, מספר מזהה: 027274802**,  
מצורף בזאת ייפוי כוח מאת המועמד לביטוח / נספח ב', אבקש לקבל מידע בדבר הפוליסות הבאות:

ענף ראשי	ענף משני	סוג מוצר	מספר פוליסה	פרמיה
ביטוח סיעודי	סיעודי עד 3 חודשים	פוליסת ביטוח	1183839081	90.78

בברכה,

יצחק חזן

טלפון: 0300000000, טלפון נייד: 0522579071