

ייפוי כוח מאת המועמד לביטוח

עבור חברת הביטוח

אני חררדו דוד רולדן החתום מטה (שם מלא) ת.ז. 324537315, מייפה את כוחו/ה של חברת הביטוח / סוכן הביטוח שימי נמימי/עזר אנקורי, 028584480 לדרוש ולקבל עבורי ועבור בני משפחתי אלה, עבור פוליסות שמספרן מופיע במידע שהתקבל מהר הביטוח (מצ"ב רשימת פוליסות)

1. שם מריאנה רולדן מספר זהות 015545213
2. שם מלנה עדה רולדן מספר זהות 324537331
3. שם דוד נאואל רולדן מספר זהות 324537323
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 16/03/2022 חתימת המועמד לביטוח חררדו דוד רולדן

שלום רב,

בהמשך לפנייתו של **חררדו דוד רולדן**, מספר מזהה: **324537315**,
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 דירה	ביטוח מבנה	פוליסת ביטוח	2.2035016121e+014	699.00
ביטוח חיים	ביטוח חיים למקרה מוות	פוליסת ביטוח	9359467017	24.56
ביטוח חיים	ביטוח חיים למקרה מוות	פוליסת ביטוח	9359468015	20.82
ביטוח חיים	ביטוח חיים למקרה מוות	פוליסת ביטוח	9359469013	19.75
סה"כ פרמיה לתשלום				4,038.63

בברכה,
אורית סבאג
טלפון: , טלפון נייד: 0543138464