

ייפוי כוח מאת המועמד לביטוח

עבור חברת הביטוח

אני מורן חדד החתום מטה (שם מלא) ת.ז. 036821841, מייפה את כוחו/ה של חברת הביטוח / סוכן הביטוח מאיר קדוש, 513446674 לדרוש ולקבל עבורי ועבור בני משפחתי אלה, עבור פוליסות שמספרן מופיע במידע שהתקבל מהר הביטוח (מצ"ב רשימת פוליסות)

1. שם פניי חדד מספר זהות 036701118
2. שם מספר זהות
3. שם מספר זהות
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 23/03/2022 חתימת המועמד לביטוח מורן חדד

שלום רב,

בהמשך לפנייתו של **מורן חדד, מספר מזהה: 036821841**,
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 בריאות	מחלות קשות	פוליסת ביטוח	1434903082	39.39
ביטוח בריאות	השתלות	פוליסת ביטוח	1434903082	8.89
ביטוח בריאות	תרופות - בסיס	פוליסת ביטוח	1434903082	10.37
ביטוח בריאות	ניתוחים בחו"ל	פוליסת ביטוח	1434903082	9.00
ביטוח בריאות	תרופות - הרחבה	פוליסת ביטוח	1434903082	8.68
ביטוח בריאות	כתב שירות	פוליסת ביטוח	1434903082	13.99

בברכה,

עוזית קלאורה נעים

טלפון: 086813666, טלפון נייד: 0546698806