

ייפוי כוח מאת המועמד לביטוח

עבור חברת הביטוח

אני שמואל זית החתום מטה (שם מלא) ת.ז. 029257086, מייפה את כוחו/ה של חברת הביטוח / סוכן הביטוח צילה פרידמן, 056191968 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 \_\_\_\_\_ 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 10/03/2022 חתימת המועמד לביטוח שמואל זית

שלום רב,

בהמשך לפנייתו של שמואל זית, מספר מזהה: 029257086,  
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,

משרד צילה פרידמן

טלפון: 039374058, טלפון נייד: 054-6227042