

ייפוי כוח מאת המועמד לביטוח

פוליסה 8241517013

עבור חברת הביטוח

אני אור קליין החתום מטה (שם מלא) ת.ז. 208753152, 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 14/03/2022 חתימת המועמד לביטוח אור קליין

שלום רב,

בהמשך לפנייתו של **אור קליין, מספר מזהה: 208753152**,
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	ייעוץ ובדיקות	פוליסת ביטוח	2285129017	36.91
ביטוח בריאות	השתלות	פוליסת ביטוח	2285129017	13.10
ביטוח בריאות	תרופות - בסיס	פוליסת ביטוח	2285129017	15.03
ביטוח בריאות	ניתוחים בחו"ל	פוליסת ביטוח	2285129017	12.74
ביטוח בריאות	ניתוחים עם פיצוי על פנייה לציבורי/שב"ן	פוליסת ביטוח	2285129017	92.74
ביטוח בריאות	ניתוחים - אחר	פוליסת ביטוח	2285129017	10.36
ביטוח סיעודי	סיעודי עד 3 חודשים	פוליסת ביטוח	8241517013	114.04

בברכה,

משרד צילה פרידמן

טלפון: 039374058, טלפון נייד: 054-6227042