

ייפוי כוח מאת המועמד לביטוח

עבור חברת הביטוח

אני מיטל פרנקין _____ החתום מטה (שם מלא) ת.ז. 318026846, 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 איליה _____ פרנקין _____ מספר זהות 309790590
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 01/04/2022 חתימת המועמד לביטוח מיטל פרנקין

שלום רב,

בהמשך לפנייתו של מיטל פרנקין, מספר מזהה: 318026846,
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 חיים	ביטוח חיים למקרה מוות	פוליסת ביטוח	4993398017	3.65
ביטוח חיים	ביטוח חיים למקרה מוות	פוליסת ביטוח	4993399015	0.48
ביטוח בריאות	חבילת כיסויים	פוליסת ביטוח	1659617086	125.08
ביטוח בריאות	חבילת כיסויים	ייעוץ ובדיקות	1659617086	0.00
ביטוח בריאות	חבילת כיסויים	השתלות	1659617086	0.00
ביטוח בריאות	חבילת כיסויים	תרופות	1659617086	0.00
ביטוח בריאות	חבילת כיסויים	ניתוחים עם השתתפות עצמית	1659617086	0.00

בברכה,

צילה פרידמן

טלפון: 039206773, טלפון נייד: 052-6998240