

ייפוי כוח מאת המועמד לביטוח

עבור חברת הביטוח

אני מריאנה רולדן החתום מטה (שם מלא) ת.ז. 015545213, 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 חרדוד דוד רולדן מספר זהות 324537315
2. שם מלנה עדה רולדן מספר זהות 324537331
3. שם נאואל דוד 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 מריאנה רולדן

שלום רב,

בהמשך לפנייתו של **מריאנה רולדן, מספר מזהה: 015545213**,
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	9359467017	11.06
ביטוח חיים	ביטוח חיים למקרה מוות	פוליסת ביטוח	9359468015	9.37
ביטוח חיים	ביטוח חיים למקרה מוות	פוליסת ביטוח	9359469013	8.89

בברכה,

אורית סבאג

טלפון: , טלפון נייד: 0543138464