

ייפוי כוח מאת המועמד לביטוח

עבור חברת הביטוח

אני סולי מור _____ החתום מטה (שם מלא) ת.ז. 027296987, מייפה את כוחו/ה של חברת הביטוח / סוכן הביטוח מולי מלמוד, 301806881 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 ליים _____ מור _____ מספר זהות 221372865
3. שם גל _____ מור _____ מספר זהות 214396657
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 28/03/2022 חתימת המועמד לביטוח סולי מור

שלום רב,

בהמשך לפנייתו של **סולי מור, מספר מזהה: 027296987**,
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,
מולי מלמוד
טלפון: , טלפון נייד: 0548119982