

ייפוי כוח מאת המועמד לביטוח

עבור חברת הביטוח

אני דבורה אליזבט המסטריט _____ החתום מטה (שם מלא) ת.ז. 017874355, מייפה את כוחו/ה של חברת הביטוח / סוכן הביטוח יורם לביאנט, 024441438 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 07/03/2022 חתימת המועמד לביטוח דבורה אליזבט המסטריט

שלום רב,

בהמשך לפנייתו של **דבורה אליזבט המסטריט, מספר מזהה: 017874355**,
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	חבילת כיסויים	פוליסת ביטוח	3096439017	113.95
ביטוח בריאות	חבילת כיסויים	ייעוץ ובדיקות	3096439017	0.00
ביטוח בריאות	חבילת כיסויים	השתלות	3096439017	0.00
ביטוח בריאות	חבילת כיסויים	תרופות	3096439017	0.00
ביטוח בריאות	חבילת כיסויים	ניתוחים בחו"ל	3096439017	0.00
ביטוח בריאות	חבילת כיסויים	ניתוחים עם פיצוי	3096439017	0.00

בברכה,

יורם לביאנט

טלפון: , טלפון נייד: 0547885003