

מסמך ייפוי כח מאת המועמד לביטוח

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

למשלוח הטופס לאגף הבריאות - בדוא"ל: infob@harel-ins.co.il

עבור חברת הביטוח:

אני (שם מלא), ת.ז.

מייפה את כוחו/ה של חברת ביטוח/סוכן ביטוח לדרוש ולקבל עבורי ועבור בני משפחתי אלה, עבור

פוליסות שמספרן

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	
			1
			2
			3
			4
			5

כל מידע הנדרש לו/ה לדעתו/ה לצורך הליך התאמת ביטוח כאמור בסעיף 8(א) לחזור צירוף לביטוח, לרבות קבלת דף פרטי הביטוח, קבלת העתק מטופס גילוי נאות של הפוליסה המקורית ודוח שנתי אחרון שנשלח אליי.

ייפוי כוח יהיה בתוקף 30 ימי עבודה מיום חתימתו.

חתימת המועמד לביטוח

תאריך

