

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:

| שם פרטי | שם משפחה | מספר זהות |   |
|---------|----------|-----------|---|
|         |          |           | 1 |
|         |          |           | 2 |
|         |          |           | 3 |
|         |          |           | 4 |
|         |          |           | 5 |

טו"ו הראל  
b15644/15646

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 אליי.

ייפוי כוח יהיה בתוקף 30 ימי עבודה מיום חתימתו.

.....  
חתימת המועמד לביטוח

.....  
תאריך



^dt2496