הראל ביטוח ופיננסים | בשביל השקט הנפשי שלך

מס' פקס בהראל ביטוח בריאות 03-7348178
ניתן לוודא את קבלת הפקס 24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700702870

סוג מסמך לשימוש פנימי:
פרט- 2238
קולקטיב- 2239

בקשה לייפוי כוח לקבלת מידע למבוטח/פוליסה

☐ **לכל הפוליסות של המבוטח לפי ת.ז :** _____

☐ **לפוליסות הבאות בלבד:** _____

_____

לכבוד:
הראל ביטוח בע"מ
רחוב אבא הלל 3, ת.ד.1951 רמת גן 52118
באמצעות אגף הבריאות

א פרטי המבוטח:

שם משפחה:	שם פרטי:	ישוב:	רחוב:	מס' בית:	מיקוד:
מס' זהות :	מספר טלפון:	מספר נייד:	E-MAIL: _____@_____		

ב ייפוי כוח להעברת מידע לסוכן:

הנני מייפה את כוחו של סוכן/נת הביטוח שפרטיו רשומים בסעיף זה, לקבל מידע הקשור לפוליסה/ות הביטוח שלי בחברתכם.	אבקש להעביר המידע לסוכן לפי הכתובת הר"מ: שם הסוכן/סוכנות:_____ מס' סוכן:_____ טלפון לבירורים:_____ כתובת:_____ פקס:_____

ג חתימה:

שם המבוטח:	ת.ז:	תאריך:	**חתימת המבוטח:** _____

08/2011