

מס' פקס בהראל ביטוח חיים:
03-7348169
ניתן לוודא את קבלת הפקס 3 שעות
לאחר המשלוח בטל" 1700-70-28-70

בקשה לייפוי כח לקבלת מידע למבוטח/פוליסה

סוג מסמך 3063
לשימוש פנימי

לכל הפוליסות של המבוטח לפי ת.ז.:

לפוליסות הבאות בלבד:

בקשה זו מיועדת לייפוי כח עבור קבלת מידע ברמת מבוטח בודד או לפוליסות בודדות של מבוטח באגף ביטוח חיים או הראל ניהול קרנות פנסיה בע"מ בלבד. (לגבי חשבונות בקרן פנסיה שהופקו באגף ביטוח חיים בלבד). טופס זה אינו מיועד לייפוי כח למעסיק.

לכבוד: הראל ביטוח בע"מ/הראל ניהול קרנות פנסיה בע"מ

רחוב אבא הלל 3, ת.ד. 1951 רמת גן 52118

באמצעות אגף ביטוח חיים

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

*ידוע לי כי אפשר ויערכו אליי פניות או ישלחו אליי מסרונים למספר טלפון זה.

ב אני החתום מטה, מבקש לבצע יפוי כח:

שם הסוכן/סוכנות תאגיד: מס' סוכן:	אבקש לייפוי כח את כוחו של הסוכן/סוכנות תאגיד לקבלת מידע הקשור לפוליסה/ות הביטוח שלי בחברתכם או בחשבונות בקרן הראל גלעד פנסיה שבבעלותי.
*ייפוי הכח תקף ל-90 יום, לאחר מכן יש להעביר בקשה חדשה חתומה ע"י המבוטח/בעל הפוליסה.	

ג העברת המידע לסוכן:

אבקש להעביר את המידע לעיל לכתובת: או בפקס מס': טלפון הסוכן לבירורים:	_____
--	-------

ד הצהרות:

שם המבוטח:	ת.ז.:	תאריך:	חתימת המבוטח:
שם בעל הפוליסה:	ת.ז.:	תאריך:	חתימת בעל הפוליסה:
**שם המעסיק:	חותמת מעסיק:		חתימת מעסיק:

**יש להחתים מעסיק רק בביטוח מנהלים או בחשבון שכיר בקרן פנסיה.

במידה ובעל הפוליסה שונה מהמבוטח הראשי, יש להחתים את בעל הפוליסה בנוסף.