

סוג מסמך לשימוש
פנימי:
פרט - 2024
קולקטיב - 2428

בקשה למינוי סוכן 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 אני החתום מטה, מבקש לבצע מינוי סוכן:

אבקש למנות בפוליסה/ות על שמי את סוכן הביטוח/סוכנות, כסוכן בפוליסה/ות ביטוח בריאות.	שם הסוכן/סוכנות: פיינרמן סוכנות לביטוח בע"מ
מינוי זה מבטל כל מינוי סוכן שמונה לטפל בעבר בפוליסה/ות שעל שמי	מס' סוכן: 70309
	טלפון לברורים: 02-5359000
	כתובת:
	פקס: 02-5359005

ג חתימה:

שם המבוטח:	ת.ז.:	תאריך:	חתימת המבוטח: