

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

פרטי המבוטח:						א
שם משפחה:		שם פרטי:		ישוב:	רחוב:	
מס' זהות :		מספר טלפון:		מספר נייד:		
מס' בית:		מיקוד:		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 .		מינוי זה מבטל כל מינוי סוכן שמונה לטפל בעבר בפוליסה/ות שעל שמי
שם הסוכן/סוכנות: _____		
מס' סוכן: _____		
טלפון לברורים: _____		
כתובת: _____		
פקס: _____		

חתימה:				ג
שם המבוטח:		ת.ז:	תאריך:	
_____		_____	_____	
חתימת המבוטח:		_____ 		