

ייפוי כוח לטיפול בתביעה

הנדון: מינוי סוכן ביטוח בגין טיפול בתביעה בגין ביצוע פעולה בבית החולים אלישע

לכבוד: _____

אני הח"מ

ממנה בזאת את סוכן ביטוח דר מדנס צפון סוכנות לביטוח בע"מ (להלן "הסוכן") על מנת שיטפל ו/או יגיש בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו, ובכלל זה להגיש ולקבל את כל התכתבות ו/או המידע ו/או המסמכים הקשורים לתביעה, ולשמש כשלוח לכל דבר ועניין בנוגע לתביעה זו.

הנני מאשר/ת ומסכים/ה בזאת, כי כל ההתכתבות בקשר לתביעה שלהלן, על פי מערכת הכללים לביחור ויישוב תביעות של חברתכם כפי שפורסמו באתר החברה תישלח גם לסוכן הביטוח

תאריך פעולה: _____

סוג הפעולה: _____

פרטי התקשרות של מבוטח/ת לטיפול בתביעה

שם פרטי
ושם משפחה: _____

מספר תעודת
זהות: _____

כתובת דוא"ל: _____

טלפון ישיר: _____

תאריך חתימה: _____

שעה: _____

X

חתימת המבוטח

נא לשלוח את הטופס המלא וחתום אל כתובת דוא"ל: vip@darmadanes.com