

ייפוי כוח מאת המועמד לביטוח - נספח ב'

עבור חברת ביטוח _____

אני _____ (שם מלא), ת.ז. _____,

מייפה את כוחו/ה של חברת ביטוח / סוכן _____

לדרוש ולקבל עבורי ועבור בני משפחתי אלה:

1. _____ (שם מלא), ת.ז. _____
2. _____ (שם מלא), ת.ז. _____
3. _____ (שם מלא), ת.ז. _____
4. _____ (שם מלא), ת.ז. _____

כל מידע הנדרש ל/ה לדעתו/ה לצורך הליך התאמת ביטוח כאמור בסעיף 8(א) לחוזר צירוף לביטוח, לרבות קבלת דף פרטי הביטוח, קבלת העתק מטופס גילוי נאות של הפוליסה המקורית ודוח שנתי אחרון שנשלח אלי.

ייפוי כוח יהיה בתוקף 33 ימי עבודה מיום חתימתו.

תאריך: _____ חתימת המועמד לביטוח * _____

