

נספח ב'

ייפוי כוח מאת המועמד לביטוח

עבור חברת הביטוח _____

אני _____ (שם מלא), ת.ז. _____, מייפה את כוחו/ה של חברת

ביטוח / סוכן _____ לדרוש ולקבל עבורי ועבור בני משפחתי אלה:

1.ת.ז. _____ שם מבוטח _____

2.ת.ז. _____ שם מבוטח _____

3.ת.ז. _____ שם מבוטח _____

4.ת.ז. _____ שם מבוטח _____

כל מידע הנדרש לו/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 30 ימי עבודה מיום חתימתו.

חתימת המועמד לביטוח _____

תאריך: _____