



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, עבור פוליסות שמספרן _____
: _____

1. (_____ שם ומספר ת.ז.).

2. (_____ שם ומספר ת.ז.).

3. (_____ שם ומספר ת.ז.).

4. (_____ שם ומספר ת.ז.).

5. (_____ שם ומספר ת.ז.).

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 _____