

נספח ב'

ייפוי כוח מאת המועמד לביטוח

עבור חברת הביטוח

אני _____ (שם מלא), ת.ז. _____, מייפה את כוחו/ה של חברת הביטוח / סוכן הביטוח _____ בעל רישיון מספר _____ לדרוש ולקבל עבורי ועבור בני משפחתי אלה,

1. _____ (שם ומספר ת.ז.)

2. _____ (שם ומספר ת.ז.)

3. _____ (שם ומספר ת.ז.)

4. _____ (שם ומספר 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 30 ימי עבודה מיום חתימתו.

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח _____