

נספח ב' - יפוי כוח מאת המועמד לביטוח

עבור חברת הביטוח _____

אני _____ (שם מלא), ת.ז. _____, מייפה את כוחו/ה של חברת
ביטוח / סוכן הביטוח _____ לדרוש ולקבל עבורי ועבור בני משפחתי אלה, עבור פוליסות שמספרן:
 1. שם ומספר ת.ז. _____, מס' פוליסה: _____
 2. שם ומספר ת.ז. _____, מס' פוליסה: _____
 3. שם ומספר ת.ז. _____, מס' פוליסה: _____
 4. שם ומספר ת.ז. _____, מס' פוליסה: _____

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.
יפוי כוח יהיה בתוקף 30 ימי עבודה מיום חתימתו.

	X			
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח

← פרטי הסוכן/ המשווק

שם הסוכן/ המשווק	מספר רישיון	מספר טלפון נייד (נדרש לצורך אבטחת המידע שיעבור)	כתובת דואר אלקטרוני למשלוח המידע***
*** ככל שלא תצוין כתובת דואר אלקטרוני למשלוח המידע, המידע יישלח באופן מאובטח, לכתובת הדואר האלקטרוני ממנה התקבל יפוי הכוח.		X	חתימת הסוכן/ המשווק