

יפוי כוח מאת המועמד לביטוח

עבור חברת הביטוח _____

אני _____ ת.ז. _____ מייפה את כוחו/ה של חברת ביטוח / סוכן

לדרוש ולקבל עבורי ועבור בני משפחתי אלה: _____

1. שם: _____ ת.ז. _____
2. שם: _____ ת.ז. _____
3. שם: _____ ת.ז. _____
4. שם: _____ ת.ז. _____
5. שם: _____ ת.ז. _____
6. שם: _____ 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.

יפוי כוח יהיה בתוקף 30 ימי עבודה מיזם חתימתו.

חתימת המועמד לביטוח: _____ תאריך: _____