



נספח ב'

## ייפוי 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.)
2. \_\_\_\_\_ (שם ומספר ת.ז.)
3. \_\_\_\_\_ (שם ומספר ת.ז.)
4. \_\_\_\_\_ (שם ומספר ת.ז.)

כל מידע הנדרש לווה 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 \_\_\_\_\_