

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, עבור בני משפחתי המפורטים מטה כל מידע הנדרש לו/ה לדעתו/ה לצורך הליך התאמת ביטוח כאמור בסעיפים 8(א) ו- 8א(א) לחוזר צירוף לביטוח, לרבות קבלת דף פרטי הביטוח, קבלת העתק מטופס גילוי נאות של הפוליסה המקורית ודוח שנתי אחרון שנשלח אלי. כל זאת עבור פוליסות שמספרן _____, _____, _____, _____;

או, עבור פוליסה לביטוח רכב שמספרו _____ :
פרטי בני המשפחה של המבוטח:

1. _____ (שם ומספר ת.ז.)
2. _____ (שם ומספר ת.ז.)
3. _____ (שם ומספר ת.ז.)
4. _____ (שם ומספר ת.ז.)

ייפוי כוח יהיה בתוקף 30 ימי עבודה מיום חתימתו.

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח * _____



dt3063

***3453**

 הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il