

ייפוי כוח לצורך קבלת מידע ו/או ביצוע פעולות

יש לצרף לבקשה הנ"ל צילום ת"ז (כולל ספח) של המבוטח ושל מיופה הכוח. במידה ומועבר צילום תעודת זהות ביומטרית, יש להעביר צילום קדמי ואחורי של התעודה.

אני הח"מ, מר/גב' _____, נושא/ת תעודת זהות מס' _____, (שם + שם משפחה)

מרחוב _____, מייפה בזאת את כוחו של הרשום מטה ("מיופה הכוח"), להיות מורשה מטעמי ולטפל בשמי ובעבורי, (כתובת מלאה)

בכל בעיני הנוגע למוצרי הביטוח ו/או הפוליסות המסומנים מטה וכן להגיש ו/או לקבל מהחברה בשמי ובענייני מידע ו/או מסמכים.

פרטי מיופה הכוח:			
שם פרטי:	שם משפחה:	מין:	הזיקה למבוטח:
תאריך לידה:	מספר מזהה:	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> בן משפחה מדרגה ראשונה, פרט: _____ <input type="checkbox"/> סבא/סבתא <input type="checkbox"/> קרוב משפחה אחר <input type="checkbox"/> שותף עסקי <input type="checkbox"/> מעסיק <input type="checkbox"/> חברה בבעלות <input type="checkbox"/> אחר _____
מען:			
ישוב:	רחוב:	מספר בית:	מיקוד:
בפוליסה מספר: _____, _____, _____, _____.			

הנני נותן/ת בזאת את הסכמתי למסור למיופה הכוח את כל הפרטים ו/או המסמכים שיידרשו על-ידו/ה בעניינים המפורטים מטה ולבצע איזה מהפעולות הבאות (יש לסמן את ההרשאות המבוקשות):

- ביצוע כל הפעולות, מכל סוג שהוא הקשורות במוצרי הביטוח ו/או הפוליסות, למעט בקשת הלוואה ומינוי מוטבים ו/או נהנים בפוליסה.
- קבלת מידע בלבד (ללא הרשאה לביצוע שינויים/ עדכונים/ פעולות).
- ביצוע פעולה ספציפית אחרת. נא לפרט: _____ (לדוגמא: עדכון פרטי התקשרות, עדכון/ שינוי כיסויים ביטוחיים, קבלת מסמכי הפוליסה וכיוצא"ב).

תוקף ייפוי הכוח:

- ייפוי הכח יהיה בתוקף מיום חתימת הח"מ על מסמך זה וללא הגבלה בזמן.
- ייפוי הכוח יהיה בתוקף מיום חתימת הח"מ על מסמך זה ועד ליום _____.

* ייפוי הכוח יהיה בתוקף בהתאם לתקופה שנקבעה במסמך זה, וזאת כל עוד לא ניתנה לחברה הודעת ביטול בכתב של ייפוי הכוח על-ידי הח"מ או על ידי מיופה הכוח.

ביטול תוקף ייפוי הכוח:
ייפוי כוח זה יתבטל בקרות אחד מהמקרים הבאים:
1. ניתנה לחברה הודעת ביטול על ידי המבוטח ו/או מיופה הכוח בכתב החל מהמועד בו התקבלה בחברת הודעת ביטול.
2. החל מהמועד בו בוטלה הפוליסה על ידי החברה או החל מהמועד בו התקבלה בחברה הודעת הביטול ע"י המבוטח.
3. בכל מקרה בו ייפוי הכוח בוטל על פי הוראות ההסדר התחיקתי החלות על החברה ו/או מיופה הכוח ו/או המבוטח, לרבות על פי הוראות חוק השליחות, התשכ"ה - 1965 - החל ממועד הביטול.
4. במקרה מות המבוטח ו/או מות מיופה הכוח.

הנני מצהיר בזאת כי:

1. ידוע לי שלחברה לא תקום כל אחריות במקרה בו חרג מיופה הכוח מסמכותו כפי שניתנה לו על ידי ו/או במקרה בו פעל מיופה הכוח בניגוד עניינים ו/או בניגוד לחובת הנאמנות ו/או כל חובה אחרת, וכי כל פעולה של מיופה הכוח תחייב את הח"מ לכל דבר ועניין, ובלבד שהחברה פעלה בהתאם להרשאות שניתנו בייפוי כוח זה.
2. ייפוי הכוח אינו ניתן להעברה לגורם שלישי כלשהו על-ידי מיופה הכוח.
3. ייפוי הכוח אינו כולל הרשאה להגשת בקשה לקבלת הלוואה.
4. ייפוי הכוח אינו כולל הרשאה לקביעת ושינוי מוטבים.
5. במקרה של קבלת הוראות סותרות או מנוגדות מהמבוטח וממיופה הכוח, תפעל החברה על פי ההוראה שניתנה אחרונה בזמן, וזאת כל עוד ייפוי הכוח בתוקף. ידוע לי כי לא תחול על החברה כל אחריות בשל ביצוע הוראות מיופה הכוח ו/או הוראות הח"מ (האחרונות בזמן), והנני מוותר בזאת על כל טענה ו/או תביעה כלפי החברה בקשר לכך.
6. ידוע לי כי לחברה אין כל חובה ו/או אחריות למתן הודעה ו/או קבלת אישור הח"מ, בדבר מידע שהועבר למיופה הכוח ו/או לגבי פעולות אותן ביצעה מיופה הכוח, ובלבד שנעשו בהתאם להרשאות שניתנו בייפוי כוח זה.
7. הריני מצהיר/ה בזאת כי תצהירי זה נעשה לבקשתי ומרצוני החופשי, וכי לא תהינה לי ו/או למי מטעמי כל טענות ו/או דרישות ו/או תביעות כנגד החברה.
8. הריני מצהיר/ה בזאת, כי הנני כשיר לחתום על מסמכים משפטיים וכי אין לי ולא מונה לי כל אפסטרופוס לטיפול בענייני.

חתימת המבוטח

תאריך: _____ שם המבוטח: _____ מס' ת"ז: _____ חתימה: א' _____

חתימת המיופה כוח

תאריך: _____ שם המיופה כוח: _____ מס' ת"ז: _____ חתימה: א' _____

*אימות חתימה:

אני הח"מ _____, עו"ד (מר. _____) הופיע/ה בפניי, במשרדי ברח' _____, נושא/ת תעודת זהות שמספרה _____, ולאחר שהזהרתי/יה כי עליו/עליה להצהיר את האמת וכי יהיה/תהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה/תעשה כן, אישר/ה נכונות הצהרתו/ה דלעיל וחתם/חתמה עליה בפניי.

תאריך: _____ חתימה: א' _____

* ניתן לקבל שירות אימות חתימה ללא כל עלות במשרדי החברה.

***3453**