

## ייפוי כוח מאת המועמד לביטוח

עבור חברת הביטוח \_\_\_\_\_

אני ( \_\_\_\_\_ שם מלא ) ת.ז. \_\_\_\_\_, מייפה  
את כוחו/ה של חברת ביטוח / סוכן \_\_\_\_\_ 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. ).

5. ( \_\_\_\_\_ שם ומספר ת.ז. ).

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.

**ייפוי כוח יהיה בתוקף 30 ימי עבודה מיום חתימתו.**

חתימת המועמד לביטוח \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_