

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 לוו/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

אנ, 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.)
5. _____ (שם ומספר ת.ז.)
6. _____ (שם ומספר ת.ז.)

ייפוי כוח יהיה בתוקף 30 ימי עבודה מיום חתימתו.

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח _____

תאריך _____ חתימת סוכן הביטוח _____

שם הסוכן: _____
מס רישיון: _____
טלפון: _____

אנא השב עם תשובות לכתובת מייל: ^{il}_____