

נספח ב'

ייפוי כוח מאת המועמד לביטוח

עבור חברת הביטוח _____

אני _____ (שם מלא), ת.ז. _____, מייפה את כוחו/ה של חברת הביטוח / סוכן הביטוח

שרון בן אברהם לדרוש ולקבל עבורי ועבור בני משפחתי אלה, עבור פוליסות שמספרן _____ :

תז: 038822318

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

כל מידע הנדרש ל/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.

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח _____