

יפוי-כוח מאת המועמד לביטוח

לפוליסה שמספרה _____ בחברת הביטוח _____

לשאלות ולברורים אפשר לפנות לסוכן הביטוח שלך או לאגף ביטוח חיים באחת מהדרכים האלה:
 בטלפון מספר 03-5632815 בימים ראשון עד חמישי, בין השעות 8:30 - 15:30, בדואר אלקטרוני שכתובתו haim@bth.co.il, בפקס מספר 073-7151380.

לכבוד

חברת הביטוח _____

כתובת _____

הנדון: יפוי-כוח להעברה ולשיתוף מידע

אני, שם מלא _____ מספר זהות _____ מייפה את כוחו/ה של
 חברת ביטוח/סוכן _____ לדרוש ולקבל בעבורי ובעבור בני-משפחתי הרשומים להלן:

מספר זהות	שם מלא	מספר זהות	שם מלא
		.3	
		.4	

כל מידע הנדרש לזוהי לדעתנו/ה לצורך הליך התאמת ביטוח כאמור בסעיף 8(א) לחוזר צירוף לביטוח, כולל קבלת דף פרטי הביטוח, קבלת העתק מטופס גילוי נאות של הפוליסה המקורית ודוח שנתי אחרון שנשלח אליי.

יפוי-כוח זה יהיה בתוקף 30 ימי עבודה מיום חתימתו.

ולראיה באנו על החתום בתאריך _____:

שם המועמד הראשון לביטוח _____ מספר הזהות _____ חתימה _____

שם המועמד השני לביטוח _____ מספר הזהות _____ חתימה _____