מדינת ישראל

רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון

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 לו/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 _____, _____,

_____, _____.

או, 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.)

ייפוי כוח יהיה בתוקף 30 ימי עבודה מיום חתימתו.

תאריך_____ חתימת המועמד לביטוח_____

רח' עם ועולמו 4, ירושלים 9546304 טל' 02-5317248, פקס' 02-5695342

www.mof.gov.il/hon