



לכבוד

אני _____ (שם מלא), ת.ז. _____

מייפה את כוח/ה של חברת ביטוח / סוכן _____

לדרוש ולקבל עבורי ועבור בני משפחתי אלה, עבור הפוליסות שמספרן:

_____ , _____ , _____

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	
			1
			2
			3
			4

כל מידע הנדרש לוו/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 אחרון שנשלח אלי.

ייפוי כוח יהיה בתוקף 30 ימי עבודה מיום חתימתו.

תאריך	חתימת המועמד לביטוח
-------	---------------------