

## ייפוי כוח מאת המועמד לביטוח בריאות

### נספח ב' לחוזר צירוף לביטוח

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

לכבוד

איילון חברה לביטוח בע"מ

משלוח הטופס לאגף בריאות בדוא"ל: [mail-infobrt@ayalon-ins.co.il](mailto:mail-infobrt@ayalon-ins.co.il)

אני \_\_\_\_\_ (שם מלא), ת.ז. \_\_\_\_\_

מייפה את כוחו/ה של חברת ביטוח / סוכן \_\_\_\_\_

לדרוש ולקבל עבורי ועבור בני משפחתי אלה:

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	
			1
			2
			3
			4

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 אחרון שנשלח אלי.

ייפוי כוח יהיה בתוקף 30 ימי עבודה מיום חתימתו.

תאריך	דוא"ל	חתימת המועמד לביטוח 
-------	-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------