

לכבוד:

הכשרה חברה לביטוח בע"מ ("החברה")

ייפוי כוח לצורך קבלת מידע ו/או ביצוע פעולות

אני הח"מ, מר/גב' _____ (שם + שם משפחה), נושא/ת תעודת זהות מס' _____, מרחוב _____ (כתובת מלאה), מייפה בזאת את כוחם של הרשומים מטה ("מיופי הכוח"), להיות מורשים מטעמי - **ביחד ולחוד** - ולטפל בשמי ובעבורי, בכל עניין הנוגע למוצרי הביטוח ו/או הפוליסות המסומנים מטה וכן להגיש ו/או לקבל מהחברה בשמי ובענייני מידע ו/או מסמכים.

פרטי מיופי הכוח:

1.

שם + שם משפחה / שם תאגיד: _____
מס' ת"ז / מס' תאגיד: _____
כתובת מלאה: _____

2.

שם + שם משפחה / שם תאגיד: _____
מס' ת"ז / מס' תאגיד: _____
כתובת מלאה: _____

3.

שם + שם משפחה / שם תאגיד: _____
מס' ת"ז / מס' תאגיד: _____
כתובת מלאה: _____

פרטי מוצרי הביטוח ו/או הפוליסות לגביהן חל ייפוי כוח זה (נא לסמן את המוצרים המבוקשים):

- כל מוצרי הביטוח ו/או הפוליסות הקיימים על שמי בחברה.
- פוליסת ביטוח אלמנטרי, מסוג _____ מס' _____.
- פוליסת ביטוח בריאות, מסוג _____ מס' _____.
- פוליסת ביטוח חיים וחסכון ארוך טווח, מסוג _____ מס' _____.
- פוליסת Best-Invest, מס' _____.

הנני נותן/ת בזאת את הסכמתי למסור למיופי הכוח את כל הפרטים ו/או המסמכים שיידרשו על-ידו/ה בעניינים המפורטים מטה ולבצע איזה מהפעולות הבאות (יש לסמן את ההרשאות המבוקשות):

- ביצוע כל הפעולות, מכל סוג שהוא, הקשורות במוצרי הביטוח ו/או הפוליסות, למעט פדיון ו/או ביטול פוליסה.
- קבלת מידע בלבד (ללא הרשאה לביצוע שינויים/ עדכונים/ פעולות).
- ביצוע פעולה ספציפית אחרת. נא לפרט: _____.
- (לדוגמא: עדכון פרטי התקשרות, עדכון/ שינוי כיסויים ביטוחיים, קבלת מסמכי הפוליסה וכיוצ"ב).

תוקף ייפוי הכוח:

- ייפוי הכח יהיה בתוקף מיום חתימת הח"מ על מסמך זה וללא הגבלה בזמן.
- ייפוי הכוח יהיה בתוקף מיום חתימת הח"מ על מסמך זה ועד ליום _____.
- * ייפוי הכוח יהיה בתוקף בהתאם לתקופה שנקבעה במסמך זה, וזאת כל עוד לא ניתנה לחברה הודעת ביטול בכתב של ייפוי הכוח על-ידי הח"מ או על ידי מיופה הכוח.

הנני מצהיר בזאת כי:

- ידוע לי שלחברה לא תקום כל אחריות במקרה בו חרג מי ממיופי הכוח מסמכותו כפי שניתנה לו על ידי ו/או במקרה בו פעל מיופה הכוח בניגוד עניינים ו/או בניגוד לחובת הנאמנות ו/או כל חובה אחרת, וכי כל פעולה של מי מיופי הכוח תחייב את הח"מ לכל דבר ועניין, ובלבד שהחברה פעלה בהתאם להרשאות שניתנו בייפוי כוח זה.
- ייפוי הכוח אינו ניתן להעברה לגורם שלישי כלשהו על-ידי מי ממיופי הכוח.
- במקרה של קבלת הוראות סותרות או מנוגדות מהמבוטח ו/או מי ממיופי הכוח, תפעל החברה על פי ההוראה שניתנה אחרונה בזמן, וזאת כל עוד ייפוי הכוח בתוקף. ידוע לי כי לא תחול על החברה כל אחריות בשל ביצוע הוראות מי ממיופי הכוח ו/או הוראות הח"מ (האחרונות בזמן), והנני מוותר בזאת על כל טענה ו/או תביעה כלפי החברה בקשר לכך.
- ידוע לי כי לחברה אין כל חובה ו/או אחריות למתן הודעה ו/או קבלת אישור הח"מ, בדבר מידע שהועבר למי ממיופי הכוח ו/או לגבי פעולות אותן ביצע מי ממיופי הכוח, ובלבד שנעשו בהתאם להרשאות שניתנו בייפוי כוח זה.
- הריני מצהיר/ה בזאת כי תצהירי זה נעשה לבקשתי ומרצוני החופשי, וכי לא תהיינה לי ו/או למי מטעמי כל טענות ו/או דרישות ו/או תביעות כנגד החברה.
- הריני מצהיר/ה בזאת, כי הנני כשיר לחתום על מסמכים משפטיים וכי אין לי ולא מונה לי כל אפוטרופוס לטיפול בענייני. על החתום,

שם מלא	תעודת זהות
תאריך	חתימה

אימות חתימה:

אני הח"מ _____, עו"ד (מ.ר. _____) מאשר/ת בזאת כי ביום _____ הופיעה בפניי, במשרדי ברח' _____, מר/גב' _____, נושא/ת תעודת זהות שמספרה _____, ולאחר שהזהרתיו/יה כי עליו/עליה להצהיר את האמת וכי יהיה/תהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה/תעשה כן, אישר/ה נכונות הצהרתו/ה דלעיל וחתם/חתמה עליה בפניי.

תאריך	חתימה
-------	-------

- * ניתן לקבל שירות אימות חתימה ללא כל עלות במשרדי החברה.
- יש לצרף לבקשה הנ"ל צילום ת"ז (כולל ספח) של המבוטח ושל מיופי הכוח -