

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 כוחו של הרשום מטה ("מיופה הכוח"), להיות מורשה מטעמי 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 מיופה הכוח:**

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 למיופה 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 כסויים 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:**

1. ידוע לי שלחברה לא תקום כל אחריות במקרה בו חרג מיופה 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 מיופה הכוח תחייב את הח"מ לכל דבר ועניין, ובלבד שהחברה פעלה בהתאם להרשאות שניתנו ביפוי כוח זה.
2. ייפוי הכוח אינו ניתן להעברה לגורם שלישי כלשהו על-ידי מיופה הכוח.
3. במקרה של קבלת הוראות סותרות או מנוגדות מהמבוטח וממיופה 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 מיופה הכוח ו/או הוראות הח"מ (האחרונות בזמן), והנני מוותר בזאת על כל טענה ו/או תביעה כלפי החברה בקשר לכך.
4. ידוע לי כי לחברה אין כל חובה ו/או אחריות למתן הודעה ו/או קבלת אישור הח"מ, בדבר מידע שהועבר למיופה הכוח ו/או לגבי פעולות אותן ביצע מיופה הכוח, ובלבד שנעשו בהתאם להרשאות שניתנו ביפוי כוח זה.
5. 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.
6. הריני מצהיר/ה בזאת, כי הנני כשיר לחתום על מסמכים משפטיים וכי אין לי ולא מונה לי כל אפוטרופוס לטיפול בענייני.

על החתום,

_____	_____
<b>תעודת זהות</b>	<b>שם מלא</b>
_____	_____
<b>חתימה</b>	<b>תאריך</b>

**אימות חתימה:**

אני הח"מ \_\_\_\_\_, עו"ד (מ.ר. \_\_\_\_\_) מאשר/ת בזאת כי ביום \_\_\_\_\_ הופיע/ה 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.

_____	_____
<b>חתימה</b>	<b>תאריך</b>

\* ניתן לקבל שירות אימות חתימה ללא כל עלות במשרדי החברה.

- יש לצרף לבקשה הנ"ל צילום ת"ז (כולל ספח) של המבוטח ושל מיופה הכוח -