

## נספח ב' - ייפוי כוח מאת המועמד לביטוח

לכבוד:

ש. שלמה חברה לביטוח בע"מ

אני: \_\_\_\_\_ (שם מלא), מספר זהות: \_\_\_\_\_  
 מייפה את כוחו/ה של חברת הביטוח / סוכנת הביטוח: \_\_\_\_\_ בעל רישיון מספר: \_\_\_\_\_  
 לדרוש ולקבל עבורי, עבור בני משפחתי המפורטים מטה:

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	
			1.
			2.
			3.
			4.
			5.

כל מידע הנדרש לוו/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: \_\_\_\_\_

ייפוי כוח יהיה בתוקף 30 ימי עבודה מיום חתימתו.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לביטוח: \_\_\_\_\_

פרטי הסוכנת / המשוקת														
מספר רישיון	שם משפחה	שם פרטי												
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>														
חתימה	כתובת דואר אלקטרוני למשלוח דואר*	מס' טלפון נייד (לצורך אבטחת המידע שיעבור)												

\* ככל שלא תצוין כתובת דואר אלקטרוני למשלוח המידע, המידע ישלח באופן מאובטח לכתובת הדואר האלקטרוני ממנה התקבל ייפוי הכוח.