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 / סוכנ/ת הביטוח: _____ בעל רישיון מספר: _____

לדרוש ולקבל עבורי, עבור בני משפחתי המפורטים מטה:

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

כל מידע הנדרש לו/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 הסוכנ/ת / המשווק/ת		
שם פרטי	שם משפחה	מספר רישיון
מס' טלפון נייד (לצורך אבטחת המידע שיעבור)	כתובת דואר אלקטרוני למשלוח דואר*	חתימה

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