

נספח ב'

ייפוי כוח מאת המועמד לביטוח

עבור חברת הביטוח _____

אני _____ (שם מלא) ת.ז. _____

מייפה את כוחו/ה של חברת ביטוח/סוכן: מר נמרוד אורן "מלהבים" סוכנות לביטוח - טלפון 08-6278241

אימייל: lehavimins@gmail.com לדרוש ולקבל עבורי ועבור בני משפחתי אלה:

1: שם _____ מספר ת.ז. _____ קרבה: _____

2: שם _____ מספר ת.ז. _____ קרבה: _____

3: שם _____ מספר ת.ז. _____ קרבה: _____

4: שם _____ מספר ת.ז. _____ קרבה: _____

5: שם _____ מספר ת.ז. _____ קרבה: _____

כל מידע הנדרש לזו/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 שנתי אחרון שנשלח אלי.

ייפוי כוח יהיה בתוקף 30 ימי עבודה מיום חתימתו.

חתימת המועמד לביטוח: _____ תאריך: ____/____/____

חתימת בן/בת הזוג: _____ תאריך: ____/____/____