

עבור חברת הביטוח _____

אני _____ (שם מלא), ת.ז. _____, מייפה את כוחו/ה של חברת

מס ח.פ.

אלון גלסנר

ביטוח / סוכן גלסנר אלון לדרוש ולקבל עבורי ועבור בני משפחתי אלה:

1. _____ (שם ומספר ת.ז.)

2. _____ (שם ומספר ת.ז.)

3. _____ (שם ומספר ת.ז.)

4. _____ (שם ומספר ת.ז.)

כל מידע הנדרש לוח/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: _____