

נספח ב': ייפוי כוח מאת מועמד לביטוח

עבור חברת הביטוח:

מגדל חברה לביטוח בע"מ  
הראל חברה לביטוח בע"מ  
כלל חברה לביטוח בע"מ  
הכשרה חברה לביטוח בע"מ  
הפניקס חברה לביטוח בע"מ  
איילון חברה לביטוח בע"מ  
מנורה חברה לביטוח בע"מ  
ביטוח ישיר חברה לביטוח בע"מ  
פסגות בע"מ  
AIG חברה לביטוח בע"מ

אני: \_\_\_\_\_, (שם מלא) ת.ז.: \_\_\_\_\_, מייפה את כוח/ה של  
סוכנות: פרישה פלוס סוכנות לביטוח פנסיוני (2015) בע"מ ח.פ. 515254837 או מי מטעמה, לדרוש ולקבל  
עבורי ועבור בני משפחתי אלה:

מ.ס.	שם מלא	ת.ז.
1	_____	_____
2	_____	_____
3	_____	_____
4	_____	_____
5	_____	_____
6	_____	_____
7	_____	_____

כל מידע הדרוש לו/לה לדעת/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 הכוח יהיה בתוקף ל 30 ימי עבודה מיום חתימתו.

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

