

מרכז קשרי לקוחות ⊍‱fnx וקבלת קהל: 3455\* / 7332222 רחבעם זאבי 2, גבעת שמואל משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 5345433 | פקס: 7336948 פקס פנסיה: 7329021~33 www.fnx.co.il | f1@fnx.co.il

## בקשה למינוי סוכן ביטוח ו/או לייפוי כוח לקבלת מידע

לכבוד (סמן את האפשרות הרצויה)

O אקסלנס נשואה גמל בע״מובעבור קופות הגמל שנוהלו על- ידי הפניקס פנסיה וגמל בע״מ)	ר הפניקס חברה לביטוח בע"מ O הפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ C
---	---

03/11/2020		4	מקסים לוגאסי	
	058826421			
תאריך	.τ.ກ		שם המבוטח	
	באר שבע	10/13	אברמסון שרגא	
מיקוד	יישוב	בית	רחוב / ת.ד.	
0542060257				
טלפון נייד	טלפון בבית		דואר אלקטרוני	
•	ר בקבוצת הפניקם	ככל שישנם ברשור	שומת ליבך, פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים	
	Op 2511312001-1		בקשה ליפוי כח לקבלת מידע	
קוד מסמך 2602			- פרטי הבקשה	
			הנני מבקש למנות את סוכן הביטוח/סוכנות	
קבלת מידע באופן ח״פ	במיופה כוח לצורך: י		יותר מבקס למנות את סוכן הביסות/סוכנות 3 חודשים.	
			כולל מידע לגבי עיקולים או שיעבודים. כולל מידע לגבי עיקולים או שיעבודים.	
·			כולל מידע לגבי פוליסה/ות בריאות בהסכם קולקטיבי שמספריהן:	
קוד מסמך 714			קשה למינוי סוכן:	
יון מסבון איי	ך טיפול בפוליסות על שמ	מווסכ כוטו באונ		
	ן טיפוז בפוזיטות עז שוגו	117 / (312 11917)	J	
Casen O vivi			מכל במולומים עול עומו במבמבם ולבנים בולים ל	
Likeli O (1711).	).	וליסות בריאות:	) בכל הפוליסות על שמי בחברתכם (לרבות פוליסות ביטוח חיים ו/או פ	
.jviiv o tisas	).	יוליסות בריאות+)	בכל הפוליסות על שמי בחברתכם (לרבות פוליסות ביטוח חיים ו/או פ! לא כולל פוליסות בריאות בהסכם קולקטיבי!	
.jviiv o tisas	).	יוליסות בריאות+	) בכל הפוליסות על שמי בחברתכם (לרבות פוליסות ביטוח חיים ו/או פ •לא כולל פוליסות בריאות בהסכם קולקטיבי	
.jviiv o tisas	).	יוליסות בריאות־:	) בכל הפוליסות על שמי בחברתכם (לרבות פוליסות ביטוח חיים ז/או פ ילא כולל פוליסות בריאות בהסכם קולקטיבי ) בפוליסה/ות. על שמי בחברתכם שמספריהן מפורטים להלן:	
	).	יוליסות בריאות י	) בכל הפוליסות על שמי בחברתכם (לרבות פוליסות ביטוח חיים ו/או פ - ילא כולל פוליסות בריאות בהסכם קולקטיבי )- בפוליסה/ות- על שמי בחברתכם שמספריהן מפורטים להלן: ) כולל מידע לגבי עיקולים או שיעבודים.	
	).	יוליסות בריאות י	) בכל הפוליסות על שמי בחברתכם (לרבות פוליסות ביטוח חיים ז/או פ ילא כולל פוליסות בריאות בהסכם קולקטיבי ) בפוליסה/ות. על שמי בחברתכם שמספריהן מפורטים להלן:	
	).	יוליסות בריאות י	) בכל הפוליסות על שמי בחברתכם (לרבות פוליסות ביטוח חיים ו/או פ ילא כולל פוליסות בריאות בהסכם קולקטיבי ) בפוליסה/ות. על שמי בחברתכם שמספריהן מפורטים להלן: ) כולל מידע לגבי עיקולים או שיעבודים. ני מצהיר כי בקשה זו מבטלת כל בקשה קודמת למינוי סוכן ביטוח ו/x	
	).	יוליסות בריאות י	) בכל הפוליסות על שמי בחברתכם (לרבות פוליסות ביטוח חיים ו/או פ ילא כולל פוליסות בריאות בהסכם קולקטיבי ) בפוליסה/ות. על שמי בחברתכם שמספריהן מפורטים להלן: ) כולל מידע לגבי עיקולים או שיעבודים. ני מצהיר כי בקשה זו מבטלת כל בקשה קודמת למינוי סוכן ביטוח ו/x	
	).	יוליסות בריאות י	) בכל הפוליסות על שמי בחברתכם (לרבות פוליסות ביטוח חיים ו/או פ ילא כולל פוליסות בריאות בהסכם קולקטיבי ) בפוליסה/ות. על שמי בחברתכם שמספריהן מפורטים להלן: ) כולל מידע לגבי עיקולים או שיעבודים. ני מצהיר כי בקשה זו מבטלת כל בקשה קודמת למינוי סוכן ביטוח ו/x	
	).	יוליסות בריאות י	) בכל הפוליסות על שמי בחברתכם (לרבות פוליסות ביטוח חיים ו/או פ ילא כולל פוליסות בריאות בהסכם קולקטיבי ) בפוליסה/ות. על שמי בחברתכם שמספריהן מפורטים להלן: ) כולל מידע לגבי עיקולים או שיעבודים. ני מצהיר כי בקשה זו מבטלת כל בקשה קודמת למינוי סוכן ביטוח ו/א צלכם.	
	).	יוליסות בריאות י	) בכל הפוליטות על שמי בחברתכם ולרבות פוליטות ביטוח חיים ו/או פ ילא כולל פוליטות בריאות בהסכם קולקטיבי ) בפוליסה/ות על שמי בחברתכם שמספריהן מפורטים להלן: ) כולל מידע לגבי עיקולים או שיעבודים. ני מצהיר כי בקשה זו מבטלת כל בקשה קודמת למינוי סוכן ביטוח ו/א צלכם.	
לפוליסות שצוינו לעיל על ש    -  - 	). ככל שהיו קיימים, ביחס י 4	יוליסות בריאותי או סוכנות אחר.	) בכל הפוליסות על שמי בחברתכם ולרבות פוליסות ביטוח חיים ו/או פ ילא כולל פוליסות בריאות בהסכם קולקטיבי ) בפוליסה/ות. על שמי בחברתכם שמספריהן מפורטים להלן: ) כולל מידע לגבי עיקולים או שיעבודים. ני מצהיר כי בקשה זו מבטלת כל בקשה קודמת למינוי סוכן ביטוח ו/א צלכם.	
לפוליסות שצוינו לעיל על ש    -  - 	). ככל שהיו קיימים, ביחס י 4	יוליסות בריאותי או סוכנות אחר.	) בכל הפוליסות על שמי בחברתכם ולרבות פוליסות ביטוח חיים ו/או פילא כולל פוליסות בריאות בהסכם קולקטיבי ) בפוליסה/ות. על שמי בחברתכם שמספריהן מפורטים להלן: ) כולל מידע לגבי עיקולים או שיעבודים. ני מצהיר כי בקשה זו מבטלת כל בקשה קודמת למינוי סוכן ביטוח ו/א צלכם.  1 2 6	
לפוליסות שצוינו לעיל על ש 	). ככל שהיו קיימים, ביחס י 4	יוליסות בריאותי או סוכנות אחר.	י ככל הפוליסות על שמי בחברתכם ולרבות פוליסות ביטוח חיים ו/או פ ילא כולל פוליסות בריאות בהסכם קולקטיבי בפוליסה/ות על שמי בחברתכם שמספריהן מפורטים להלן: כולל מידע לגבי עיקולים או שיעבודים. ני מצהיר כי בקשה זו מבטלת כל בקשה קודמת למינוי סוכן ביטוח ו/א צלכם.  1  - חתימת המבוטח הראשי  חתימת המבוטח הראשי    מידע המבוטח הראשי   מידע המבוטח הראשי   מידע המבוטח הראשי   מידע המבוטח הראשי	
לפוליסות שצוינו לעיל על ש 	). ככל שהיו קיימים, ביחס י 4	יוליסות בריאותי או סוכנות אחר.	י לא כולל פוליסות על שמי בחברתכם ולרבות פוליסות ביטוח חיים ו/או פי ילא כולל פוליסות בריאות בהסכם קולקטיבי בפוליסה/ות על שמי בחברתכם שמספריהן מפורטים להלן: כולל מידע לגבי עיקולים או שיעבודים. ני מצהיר כי בקשה זו מבטלת כל בקשה קודמת למינוי סוכן ביטוח ו/א צלכם.  1 2 2 6  חתימת המבוטח הראשי חתימת המבוטח הראשי	
לפוליסות שצוינו לעיל על ש 5 10 03/11/2020	). ככל שהיו קיימים, ביחס י 4 2 א א א א א א א א א א א א	יוליסות בריאותי או סוכנות אחר.	י לא כולל פוליסות על שמי בחברתכם ולרבות פוליסות ביטוח חיים ו/או פי ילא כולל פוליסות בריאות בהסכם קולקטיבי בפוליסה/ות על שמי בחברתכם שמספריהן מפורטים להלן: כולל מידע לגבי עיקולים או שיעבודים. ני מצהיר כי בקשה זו מבטלת כל בקשה קודמת למינוי סוכן ביטוח ו/א צלכם.  1 2 2 6  חתימת המבוטח הראשי החתימת המבוטח הראשי חתימת המבוטח הראשי חתימת בעל הפוליסה	
לפוליסות שצוינו לעיל על ש 5 10 03/11/2020	). ככל שהיו קיימים, ביחס י 4 	יוליסות בריאות. או סוכנות אחר.	י ככל הפוליסות על שמי בחברתכם ולרבות פוליסות ביטוח חיים ו/או פי ילא כולל פוליסות בריאות בהסכם קולקטיבי ) בפוליסה/ות על שמי בחברתכם שמספריהן מפורטים להלן: ) כולל מידע לגבי עיקולים או שיעבודים. ני מצהיר כי בקשה זו מבטלת כל בקשה קודמת למינוי סוכן ביטוח ו/א צלכם.  1 2 2 1 2 2 1 2 2 1 2 2 1 2 2 2 2 2 2	
לפוליסות שצוינו לעיל על ש  5  10  03/11/2020  תאריר  7 9 820	). ככל שהיו קיימים, ביחס י 4 2 א א א א א א א א א א א א	יוליסות בריאות. או סוכנות אחר.	י לא כולל פוליסות על שמי בחברתכם ולרבות פוליסות ביטוח חיים ו/או פי ילא כולל פוליסות בריאות בהסכם קולקטיבי בפוליסה/ות על שמי בחברתכם שמספריהן מפורטים להלן: כולל מידע לגבי עיקולים או שיעבודים. ני מצהיר כי בקשה זו מבטלת כל בקשה קודמת למינוי סוכן ביטוח ו/א צלכם.  1 2 2 6  חתימת המבוטח הראשי החתימת המבוטח הראשי חתימת המבוטח הראשי חתימת בעל הפוליסה	
לפוליסות שצוינו לעיל על ש  5  10  03/11/2020  תאריר  7 9 820 מספר הסוכן בחברה	). ככל שהיו קיימים, ביחס י 4 	וליסות בריאות. או סוכנות אחר.	ילא כולל פוליסות על שמי בחברתכם ולרבות פוליסות ביטוח חיים ו/או פי ילא כולל פוליסות בריאות בהסכם קולקטיבי בפוליסה/ות על שמי בחברתכם שמספריהן מפורטים להלן: בפולל מידע לגבי עיקולים או שיעבודים. בי מצהיר כי בקשה זו מבטלת כל בקשה קודמת למינוי סוכן ביטוח ו/א צלכם.  בלכם.  ב ב ב ב ב ב ב ב ב ב ב ב ב ב ב ב ב ב ב	
לפוליסות שצוינו לעיל על ש  5  10  03/11/2020  תאריר  7 9 820	ככל שהין קיימים, ביחס י 4 9 מא ארט ער פ ת.ז	וליסות בריאות. או סוכנות אחר.	י ככל הפוליסות על שמי בחברתכם ולרבות פוליסות ביטוח חיים ו/או פי ילא כולל פוליסות בריאות בהסכם קולקטיבי ) בפוליסה/ות על שמי בחברתכם שמספריהן מפורטים להלן: ) כולל מידע לגבי עיקולים או שיעבודים. ני מצהיר כי בקשה זו מבטלת כל בקשה קודמת למינוי סוכן ביטוח ו/א צלכם.  1 2 2 1 2 2 1 2 2 1 2 2 1 2 2 2 2 2 2	