

נספח ב'

ייפוי כוח מאת המועמד לביטוח

עבור חברת הביטוח :


אני אודליה כץ (שם מלא), ת.ז. 31540222 הפניקס חברה לביטוח בע"מ, מייפה את כוחו/ה של חברת הביטוח/סוכן הביטוח : גבאי סוכנות לביטוח לדרוש ולקבל עבורי ועבור בני משפחתי אלה, עבור פוליסות שמספרן :

9355285017

1. שם : _____ ת.ז. _____
2. שם : _____ ת.ז. _____
3. שם : _____ ת.ז. _____
4. שם : _____ ת.ז. _____
5. שם : _____ ת.ז. _____
6. שם : _____ ת.ז. _____

כל מידע הנדרש לו/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.

אני מאשר שהסוכן יקבל את המידע באמצעות שירות מייל בענן הניתן ע"י חברת פוליוויז ושאיסוף המידע ועיבודו יתבצע ע"י צד שלישי.

נחתם דיגיטלית ע"י הלקוח מכתובת 84.111.233.130
 תאריך 07/04/2021 חתימת המועמד לביטוח

שם סוכן : גבאי סוכנות לביטוח
מספר רשיון : 513398875
טלפון : 0547732838