

בקשה למינוי סוכן ביטוח ו/או לייפוי כוח לקבלת מידע

לכבוד (סמן את האפשרות הרצויה)

☒ הפניקס חברה לביטוח בע"מ ☐ הפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ

פרטי המבוטח הראשי			
שם המבוטח		חבר	
רחוב / ת.ד.		58	
בית		811	
מיקוד		7110000	
טלפון נייד		טלפון בבית	
דואר אלקטרוני		דואר אלקטרוני	

קוד מסמך	2602
בקשה ליפוי כח לקבלת מידע	
פרטי הבקשה	
הנני מבקש למנות את סוכן הביטוח/סוכנות _____ כמיופה כוח לצורך: קבלת מידע באופן ח"פ ל 3 חודשים.	
<input type="radio"/> כולל מידע לגבי עיקולים או שיעבודים.	
<input type="radio"/> כולל מידע לגבי פוליסה/ות בריאות בהסכם קולקטיבי שמספריהן: _____	

קוד מסמך	714										
בקשה למינוי סוכן											
הנני מבקש למנות את סוכן הביטוח/סוכנות _____ כמיופה כוח לצורך טיפול בפוליסות על שמי כמפורט להלן:											
<input checked="" type="radio"/> בפוליסות ביטוח חיים ו/או פוליסות בריאות.*											
<input type="radio"/> לא כולל פוליסות בריאות בהסכם קולקטיבי											
<input type="radio"/> בפוליסה/ות על שמי בחברתכם שמספריהן מפורטים להלן:											
<input type="radio"/> כולל מידע לגבי עיקולים או שיעבודים.											
אני מצהיר כי בקשה זו מבטלת כל בקשה קודמת למינוי סוכן ביטוח ו/או סוכנות אחר, ככל שהיו קיימים, ביחס לפוליסות שצוינו לעיל על שמי אצלכם.											
<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5							
6	7	8	9	10							

חתימת המבוטח הראשי			
חתימת בעל הפוליסה		שם בעל הפוליסה	
חתימת בעל הפוליסה		שם בעל הפוליסה	

פרטי סוכן הביטוח/הסוכנות			
שם (פרטי ומשפחה או שם סוכנות)		סניף	
רחוב / ת.ד.		בית	
מיקוד		יישוב	
חתימת		חתימת	