

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 ☐ אקסלנס נשואה גמל בע"מ (בעבור קופות הגמל שנהלו על- ידי הפניקס פנסיה וגמל בע"מ)

פרטי המבוטח הראשי			
גיל מימון	036787802	04/05/2021	
שם המבוטח	ת.ז.	תאריך	
מרידור יעקב	4/8	אשקלון	
רחוב / ת.ד.	בית	מיקוד	
gilmaymon15@gmail.com	ישוב	0546729239	
דואר אלקטרוני	טלפון בבית	טלפון נייד	

לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס

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

קוד מסמך 714	בקשה למינוי סוכן			
<p>הנני מבקש למנות את סוכן הביטוח/ סוכנות _____ שרפליס _____ כמויפה כוח לצורך טיפול בפוליסות על שמי כמפורט להלן:</p> <p><input checked="" type="radio"/> בכל הפוליסות על שמי בחברתכם (לרבות פוליסות ביטוח חיים ו/או פוליסות בריאות *).</p> <p>* לא כולל פוליסות בריאות בהסכם קולקטיבי</p> <p><input type="radio"/> בפוליסה/ות על שמי בחברתכם שמספריהן מפורטים להלן:</p> <p><input type="radio"/> כולל מידע לגבי עיקולים או שיעבודים.</p> <p>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.</p>				
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

חתימת המבוטח הראשי			
חתימת בעל הפוליסה	שם בעל הפוליסה	מימון גיל	036787802
			04/05/2021
חתימה	ת.ז.	תאריך	

פרטי סוכן הביטוח/הסוכנות					
יצחק שרף		315442228		61216	
שם (פרטי ומשפחה או שם סוכנות)		ת.ז.פ.ח.צ.		מספר הסוכן בחברה	
שד' דוד בן גוריון 6 קרית מלאכי		חתימה		04/05/2021	
רחוב / ת.ד.		בית		מיקוד	
		ישוב		תאריך	