

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				
עופר חיון	0 2 8 6 8 9 3 4 7	29/04/2021		
שם המבוטח	ת.ז.	תאריך		
צהלים	0	40	יקנעם עילית	0
רחוב / ת.ד.	בית	יישוב	מיקוד	
דואר אלקטרוני	hywnwpr@gmail.com	טלפון בבית	טלפון נייד	054-2541128

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

בקשה ליפוי כח לקבלת מידע	
קוד מסמך 2602	
פרטי הבקשה	
<p>הנני מבקש למנות את סוכן הביטוח/סוכנות <input type="radio"/> קורל סוכנות לביטוח <input type="radio"/> 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: _____</p>	

בקשה למינוי סוכן	
קוד מסמך 714	
<p>הנני מבקש למנות את סוכן הביטוח/ סוכנות <input type="radio"/> קורל סוכנות לביטוח <input type="radio"/> דור דני <input type="radio"/> כמיופה כוח לצורך טיפול בפוליסות על שמי כמפורט להלן: <input checked="" type="checkbox"/> בכל הפוליסות על שמי בחברתכם (לרבות פוליסות 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.</p>	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10

חתימת המבוטח הראשי	
עופר חיון	29/04/2021
שם בעל הפוליסה	ת.ז.
חתימת בעל הפוליסה	תאריך

פרטי סוכן הביטוח/הסוכנות	
קורל סוכנות לביטוח	
דור דני	5 1 3 3 1 2 8 4 3
שם (פרטי ומשפחה או שם סוכנות)	ת.ז. / פ.נ. / צ.ח.
התע"ש 4 רמת גן 0	מספר הסוכן בחברה
רחוב / ת.ד.	תאריך
בית	חתימה
יישוב	מיקוד