

בקשה למינוי סוכן ביטוח ו/או לייפוי כוח לקבלת מידע

לכבוד (סמן את האפשרות הרצויה)

☐ הפניקס חברה לביטוח בע"מ ☐ הפניקס פנסיה וגמל בע"מ ☐ הפניקס קרנות פנסיה מאוזנות וותיקות בע"מ

פרטי המבוטח									
שם המבוטח			ת.ז.				תאריך		
רחוב / ת.ד.			בית		יישוב		מיקוד		
דואר אלקטרוני			טלפון בבית		טלפון נייד				

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

בקשה למינוי סוכן				
קוד מסמך 714				
הנני מבקש למנות את סוכן הביטוח/ סוכנות <u>פניקס סוכנות לביטוח בע"מ</u> כמיופה כוח לצורך טיפול בפוליסות על שמי כמפורט להלן: ☐ בכל הפוליסות על שמי בחברתכם (לרבות פוליסות ביטוח חיים ו/או פוליסות בריאות *). * לא כולל פוליסות בריאות בהסכם קולקטיבי ☐ בפוליסה/ות על שמי בחברתכם שמספריהן מפורטים להלן: ☐ 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.				
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

חתימת המבוטח			
X			
חתימת בעל הפוליסה		שם בעל הפוליסה	
ת.ז.		תאריך	

פרטי סוכן הביטוח/הסוכנות					
פניקס סוכנות לביטוח בע"מ			513376566		
שם (פרטי ומשפחה או שם סוכנות)			מספר הסוכן בחברה		
המרכז			ת.ז. / פ.ח. / צ.ח.		
8			X		
ירושלים			חתימה		
רחוב / ת.ד.			מיקוד		
בית			תאריך		