

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

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

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 _____ כמויפה כוחי לצורך טיפול בפוליסות על שמי כמפורט להלן:</p> <p><input type="radio"/> בפוליסות 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			
X			
חתימת בעל הפוליסה	שם בעל הפוליסה	ת.ז.	תאריך

פרטי סוכן הביטוח/הסוכנות					
שם (פרטי ומשפחה או שם סוכנות)			ת.ז./פ.ח./צ.ח.		
רחוב / ת.ד.			בית	יישוב	מיקוד
מספר הסוכן בחברה			חתימה	תאריך	