ביטוח חיים /ביטוח בריאות
פניות למרכז קשרי לקוחות: ווטסאפ: 054-9893455 | **טלפון:** 3455* | **פקס:** 03-7336948
מייל לשליחת מסמכים: f1@fnx.co.il | **צ'אט ומידע אישי באתר החברה:** www.fnx.co.il

בקשה למינוי סוכן ביטוח ו/או ייפוי כוח לקבלת מידע בתכניות פרט חיים ובריאות

קוד מסמך 4804

לכבוד
הפניקס חברה לביטוח בע"מ

פרטי בעל הפוליסה

שם פרטי	שם משפחה	מס' ת.ז.	טלפון נייד	דוא"ל

מינוי סוכן

הנני מבקש לייפות את כוחו/ה של סוכן/סוכנות הביטוח _____, מספר זהות/ח.פ._____,
מספר הסוכן בחברה _____, כסוכן/סוכנות המטפל/ת בפוליסה/ות הבאות שעל שמי בחברתכם:

O בכל הפוליסות מסוג ביטוח חיים ובריאות בתכניות פרט.

O בפוליסות שמספרן:

1	2	3	4	5

אני מייפה את כוחו של הסוכן/סוכנות לקבל את כל מידע ונתונים הקשורים לפוליסה/ות ביטוח הבריאות והחיים בהתאמה לפוליסות המצוינות בטופס זה ומצויות ברשות החברה, או מוצרים עתידיים שאצטרף אליהם באמצעות סוכן הביטוח/ סוכנות, לרבות תביעות ובניהן תביעות עבר שהוגשו ונסגרו וכן תביעות שהוגשו וטרם נסגרו ולרבות מידע בדבר מצב רפואי. כן אני מייפה את כוחו של הסוכן/סוכנות להעברת בקשותיי לחברה, וכן לביצוע פעולות בפוליסה/ות, והכול בהתאם לדין.

ידוע לי כי מינוי הסוכן/סוכנות המבוקש בטופס זה יבוצע גם עבור המבוטחים הקטינים אשר מבוטחים עימי בפוליסה (ככל שישנם).

מינוי סוכן/סוכנות זה מבטל כל מינוי סוכן אחר שמונה לטפל בעבר בפוליסה/ות שעל שמי.

מינוי סוכן/ סוכנות זה מבטל כל מינוי סוכן קודם שהוגש לחברתכם עבור הפוליסות הנ"ל, וכן יעמוד בתוקפו ללא הגבלת זמן או עד אשר אעביר לחברה בקשה למינוי סוכן חדש אשר תחליף בקשה זו.

קבלת מידע בלבד

הנני מבקש לייפות את כוחו/ה של סוכן/סוכנות הביטוח_____, מספר זהות/ח.פ._____,
מספר הסוכן בחברה _____, לקבלת מידע בגין הפוליסה/ות הבאות שעל שמי בחברתכם:

O בכל הפוליסות מסוג ביטוח חיים ובריאות בתכניות פרט.

O בפוליסות שמספרן:

1	2	3	4	5

אני מייפה את כוחו של הסוכן/סוכנות לקבל את כל מידע ונתונים הקשורים לפוליסה/ות ביטוח הבריאות והחיים בהתאמה לפוליסות המצוינות בטופס זה ומצויות ברשות החברה, או מוצרים עתידיים שאצטרף אליהם באמצעות סוכן הביטוח/ סוכנות, לרבות תביעות ובניהן תביעות עבר שהוגשו ונסגרו וכן תביעות שהוגשו וטרם נסגרו ולרבות מידע בדבר מצב רפואי, והכול בהתאם לדין.

ידוע לי כי מינוי הסוכן/סוכנות המבוקש בטופס זה יבוצע גם עבור המבוטחים הקטינים אשר מבוטחים עימי בפוליסה (ככל שישנם).

מינוי סוכן/סוכנות זה מבטל כל מינוי סוכן אחר שמונה לטפל בעבר בפוליסה/ות שעל שמי.

מינוי סוכן/ סוכנות זה מבטל כל מינוי סוכן קודם שהוגש לחברתכם עבור הפוליסות הנ"ל, וכן יעמוד בתוקפו ללא הגבלת זמן או עד אשר אעביר לחברה בקשה למינוי סוכן חדש אשר תחליף בקשה זו.

חתימת בעל הפוליסה/ות

שם בעל הפוליסה	מספר זהות	תאריך חתימה	חתימת בעל הפוליסה
			✗