

בקשה למינוי סוכן ביטוח ו/או לייפוי כוח לקבלת מידע

לכבוד (סמן את האפשרות הרצויה)

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		טלפון נייד	
דואר אלקטרוני		טלפון בבית	

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 _____ כמיופה כוחי 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

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