

בקשה למינוי מיופה כח

לכבוד

הפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס פנסיה וגמל בע"מ

פרטי המבוטח			
שם המבוטח		ת.ד.	
רחוב/ת.ד.		מס' בית	
טלפון		נייד	
דואר אלקטרוני		דואר אלקטרוני	
תאריך הבקשה		מיקוד	
ת.ד.		ישוב	

אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ, והפניקס פנסיה וגמל בע"מ. כן לא

הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשורת (בזק ושירותים), התשמ"ב - 1982.

יודע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני. כן לא

פרטי הבקשה				
<input type="radio"/> ייפוי כוח קבוע <input type="radio"/> ייפוי כוח חד פעמי הנני מבקש למנות את _____ ת.ד. _____ כמיופה כח לבצע את הפעולות הבאות: <input type="radio"/> כל הפעולות <input type="radio"/> קבלת מידע <input type="radio"/> אישור פרטים ו/או תנאים לצורך כריתת חוזה הביטוח <input type="radio"/> הנחיות לפדיון <input type="radio"/> בכל הפוליסות שעל שמי בחברתכם (לרבות פוליסה/ות ביטוח חיים ו/או מנהלים ו/או קרנות פנסיה ו/או קופת גמל/פוליסות בריאות). <input type="radio"/> בפוליסה/ות על שמי בחברתכם שמספריהם מפורטים להלן:				
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

- אני מצהיר כי בקשה זו מבטלת כל בקשה קודמת למינוי מיופה כח במידה וקיימת.
- יש לצרף צילום ת.ד. של מיופה הכח.

חובה לצרף צילום תעודת זהות עדכני וברור

חתימות			
תאריך	שם בעל הפוליסה	ת.ד.	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל הפוליסה