

**בקשה למינוי מיופה כח**

לכבוד:

הפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ בע"מ (להלן "החברה")

<b>פרטי המבוטח</b>									
שם משפחה		שם פרטי			ת.ז.			תאריך הבקשה	
כתובת (רחוב)		בית	דירה	עיר/יישוב		ת.ד.	מיקוד		
טלפון		נייד			כתובת דואר אלקטרוני				

לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס

<b>הסכמה לקבלת הדוח השנתי המקוצר באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני/ מסרון)</b>		
הנני מסכים כי הדוח השנתי המקוצר ישלח אלי, מידי שנה, באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני/ מסרון). ידוע לי כי בכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש כי הדוח השנתי ישלח באמצעות הדואר.		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> אינני מסכים לאמור לעיל, אבקש לקבל את הדוח השנתי באמצעות הדואר
חתימת המועמד לביטוח	חתימת בעל הפוליסה	

<b>הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות</b>	
הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה וכל מידע נוסף שיימסר בעתיד על ידי החברה, נמסר בהסכמתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי שהמידע ישמר במאגרי המידע של החברה ו/או חברות מהקבוצה ו/או אצל גורם אחר מטעמה וישמש לצורך ניהול, תפעול וטיפול בכל ענייני הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקטואריים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין. ("הקבוצה" - הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס אחזקות בע"מ, חברות הבת וכן כל החברות והגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס ביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם של 50% או יותר)	
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המועמד לביטוח

<b>פרטי הבקשה</b>				
<input type="checkbox"/> יפויי כוח קבוע <input type="checkbox"/> יפויי כוח חד פעמי הנני מבקש למנות את _____ ת.ז. _____ כמיופה כח לבצע את הפעולות הבאות: <input type="checkbox"/> ביצוע כל הפעולות <input type="checkbox"/> ביצוע פעולות במוצר פנסיוני עבור מייפה הכוח (רק ל"קרוב" כהגדרתו בחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), תשמ"א 1981) <input type="checkbox"/> קבלת מידע <input type="checkbox"/> אישור פרטים ו/או תנאים לצורך כריתת חוזה הביטוח <input type="checkbox"/> הנחיות לפידיון <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> בפוליסה/ות על שמי בחברתכם שמספריהם מפורטים להלן:				
5	4	3	2	1
10	9	8	7	6

- ידוע לי כי באחריותי להודיע לחברה על ביטול מתן יפוי הכח למיופה הנ"ל וכי בהעדר מסירת הודעה כאמור, החברה תהא פטורה מכל טענה ו/או חיוב כלשהו.
- אני מצהיר כי בקשה זו מבטלת כל בקשה קודמת למינוי מיופה כח במידה וקיימת.
- יש לצרף צילום ת.ז. של מיופה הכח.

**חובה לצרף צילום תעודת זהות עדכני וברור**

<b>חתימות</b>				
<input checked="" type="checkbox"/>				
תאריך	שם פרטי של בעל/ת הפוליסה	שם משפחה של בעל/ת הפוליסה	ת.ז.	חתימת בעל/ת הפוליסה

