

## כתב מינוי סוכן וייפוי כח לטיפול/קבלת מידע

מינוי סוכן זה אינו תקף למוצרי ביטוח הנכללים בחוזר גופים מוסדיים בעניין ייפוי כוח לבעל רישיון

| פרטי המבוטח |          |           |            |           |
|-------------|----------|-----------|------------|-----------|
| שם פרטי     | שם משפחה | מספר זהות | טלפון נייד | טלפון ניח |
|             |          |           |            |           |
| כתובת: רחוב |          | מספר בית  | ישוב       | ת.ד.      |
|             |          |           |            |           |
| מיקוד       |          |           |            |           |
|             |          |           |            |           |

### מינוי סוכן לטיפול

הריני ממנה בזאת את הסוכן \_\_\_\_\_ שמספר זהותו \_\_\_\_\_ ומספרו \_\_\_\_\_ בהכשרה חברה לביטוח בע"מ \_\_\_\_\_, להיות הסוכן המטפל בפוליסה/ות ביטוח חיים ו/או ביטוח בריאות על שמי בחברתכם, הבקשה תקפה החל מיום שליחת הטופס.

אבקש לבצע שינוי סוכן בכל הפוליסות אשר על שמי

אבקש לבצע שינוי סוכן רק בפוליסות אשר מספריהן מצוינים להלן:

- |       |       |     |
|-------|-------|-----|
| _____ | _____ | 1.  |
| _____ | _____ | 2.  |
| _____ | _____ | 3.  |
| _____ | _____ | 4.  |
| _____ | _____ | 5.  |
| _____ | _____ | 6.  |
| _____ | _____ | 7.  |
| _____ | _____ | 8.  |
| _____ | _____ | 9.  |
| _____ | _____ | 10. |

הודעה זו מבטלת כל הודעה קודמת למינוי סוכן אחר עבור טיפול בפוליסות שעל שמי.

### קבלת מידע בלבד

הריני ממנה בזאת את הסוכן \_\_\_\_\_ שמספר זהותו \_\_\_\_\_ ומספרו \_\_\_\_\_ בהכשרה חברה לביטוח בע"מ \_\_\_\_\_, לקבל מידע הקשור לפוליסה/ות הביטוח על שמי בחברתכם, הבקשה תקפה החל מיום שליחת הטופס.

אבקש לבצע העברת מידע בכל הפוליסות/מוצרים אשר על שמי

אבקש לבצע העברת מידע בכל הפוליסות/מוצרים אשר מספריהן מצוינים להלן:

- |       |       |     |
|-------|-------|-----|
| _____ | _____ | 1.  |
| _____ | _____ | 2.  |
| _____ | _____ | 3.  |
| _____ | _____ | 4.  |
| _____ | _____ | 5.  |
| _____ | _____ | 6.  |
| _____ | _____ | 7.  |
| _____ | _____ | 8.  |
| _____ | _____ | 9.  |
| _____ | _____ | 10. |

אבקש להעביר את המידע האמור לכתובת דוא"ל: \_\_\_\_\_ מספר פקס: \_\_\_\_\_

### ולראיה באתי על החתום:

|       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| _____ | _____     | _____ |
| חתימה | שם המבוטח | תאריך |

