חיסכון ארוך טווח
מייל לשליחת מסמכים: f1@fnx.co.il | **צ'אט ומידע אישי באתר החברה:** www.fnx.co.il
פניות למרכז קשרי לקוחות: וואטסאפ: 054-9893455, **טלפון:** 3455*

בקשה למינויי מיופה כח

לכבוד:

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

אני החתום מטה פונה בזאת אליכם בבקשה למינוי מיופה כוח, כמפורט להלן:

פרטי המבוטח

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

פרטי הבקשה

○ יפוי כוח קבוע ○ יפוי כוח חד פעמי

הנני מבקש למנות את _____ ת.ז. _____ כמיופה כח לבצע את הפעולות הבאות:

○ ביצוע כל הפעולות למעט מינוי / שינוי מוטבים, נטילת הלוואות, המחאה ושעבוד

○ ביצוע פעולות במוצר פנסיוני עבור מבוטח

○ קבלת מידע

○ בכל הפוליסות שעל שמי בחברתכם (לרבות פוליסה/ות ביטוח חיים ו/או מנהלים ו/או קרנות פנסיה ו/או קופת גמל/פוליסות בריאות)

○ בפוליסה/ות על שמי בחברתכם שמספריהם מפורטים להלן:

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

- 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.
- **חובה לצרף צילום תעודת זהות עדכני של מייפה ומיופה הכוח.**

חתימות

תאריך	שם פרטי של בעל/ת הפוליסה	שם משפחה של בעל/ת הפוליסה	ת.ז.	חתימת בעל/ת הפוליסה
				✗

חובה לצרף צילום תעודת זהות עדכני וברור

אימות חתימה (על ידי נציג הפניקס / רואה חשבון / עורך דין / סוכן מטפל)

הנני _____ בעל/ת מספר תעודת זהות _____ מאשר/ת כי מר/גב' _____ חתם/מה בפני על ייפוי כח זה.

	✗
	אישור זיהוי על ידי נציג הפניקס רואה חשבון/ עורך דין/ סוכן מטפל