



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:

תאריך	שם המבוטח	חתימה
_____	_____	_____

גרסה 03/2025

