



עמיתים קרנות הפנסיה הוותיקות

טופס ייפוי כוח עבור עו"ד/רו"ח

אני _____ (יש למלא שם פרטי ומשפחה של המבוטח/ת), נושא/ת ת.ז מספר _____ מייפה את כוחו של מר/גברת _____ (יש למלא שם פרטי ומשפחה של העו"ד/רו"ח), נושא/ת ת.ז מספר _____, דואר אלקטרוני: _____, לקבל מידע ונתונים אודות מצב זכויותי בקרן _____ (חובה למלא את שם הקרן).

ייפוי כוח זה מאפשר למיופה הכוח **לקבל מידע בלבד** אודות זכויותי הצבורות בקרן וכי אינו מאפשר לו/לה לפעול בשמי ובחשבוני בקרן ו/או לתת הוראות לקרן לביצוע פעולות בכל הקשור בזכויותי בקרן והוא אינו חל על מידע רפואי כלשהוא.

אני מוותר/ת בזה על סודיות המידע הנ"ל כלפי מיופה הכוח ומתחייב/ת שלא לבוא בכל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה אל הקרן בגין כל נזק שייגרם כתוצאה ממסירת המידע.

ידוע לי כי ייפוי הכוח יהיה **תקף לשלוש שנים בלבד** ממועד החתימה עליו.

חתימה _____ תאריך _____

אישור

אני _____ (יש למלא שם פרטי ומשפחה), עו"ד / רו"ח, מספר רישיון _____ שכתובתי היא _____ מאשר/ת בזאת כי היום חתם/ה בפניי _____ (יש למלא שם הפרטי ומשפחה של המבוטח/ת) שנושא/ת ת.ז. שמספרה _____ על ייפוי כוח זה לאחר שהסברתי לו/לה את תוכנו.

חתימה וחותמת _____ תאריך _____

* יש לצרף צילום ת.ז של המבוטח/ת וצילום תעודת רישיון של בעל הרישיון.

