



עמיתים קרנות הפנסיה הוותיקות

טופס ייפוי כוח – צד ג'

אני _____ (למלא שם פרטי ומשפחה של המבוטח/ת), נושא/ת ת.ז. מספר _____ מייפה את כוחו של מר / גברת _____ (יש למלא שם פרטי ומשפחה של מיופה הכוח), נושא/ת ת.ז. מספר _____, דואר אלקטרוני: _____, לקבל מידע ונתונים אודות מצב זכויותי בנושא _____ (יש למלא את הבקשה באופן ספציפי) מקרן _____ (חובה למלא את שם הקרן).

ייפוי כוח זה מאפשר למיופה הכוח לקבל מידע בלבד אודות זכויותי בקרן וכי אינו מאפשר לווה לפעול בחשבוני בקרן ו/או לתת הוראות לקרן לביצוע פעולות בכל הקשור בזכויותי בקרן.

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, עורך דין/רואה חשבון/ נציג הקרן _____ (יש למלא שם פרטי ומשפחה) שכתובתי היא _____ מאשר/ת בזאת כי היום חתם/ה בפניי _____ (למלא שם פרטי ומשפחה) שנושא/ת ת.ז. _____ על יפוי הכוח זה לאחר שהסברתי לו/לה את תוכנו.

חתימה וחותמת _____ תאריך _____

* יש לצרף צילום ת.ז של המבוטח/ת ושל מיופה הכוח.

