



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 ל/ה 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 ל/ה את תוכנו.

חתימה וחותמת \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

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

