



לכל מאן דבעי/ לכבוד (שם הגוף המוסדי) \_\_\_\_\_ (מספר ח.פ.) \_\_\_\_\_

## הרשאה מתמשכת לגורם מתפעל לקבלת שירותים עבור מעסיק בשל עובדיו

מייפה הכוח (המעסיק):

שם החברה: \_\_\_\_\_ מספר ח.פ. \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

מייל: \_\_\_\_\_

שם מורשה חתימה: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. \_\_\_\_\_

**מיופה הכוח** (במקרה שהגורם המתפעל הוא תאגיד, מיופה הכוח הינו התאגיד):

**שם:** מבטח סימון סוכנויות לביטוח בע"מ **מספר זיהוי:** (ח.פ.): 51-102484-6

**כתובת:** רח' היצירה 2, פתח- תקווה **טלפון:** 03-7966666 **מייל:** mvs@mvs.co.il

**שם מורשה חתימה:** \_\_\_\_\_ **מספר ת.ז.** \_\_\_\_\_

אני, החתום מטה, מייפה את כוחו של הגורם המתפעל לפנות בשמי לכל גוף מוסדי לשם קבלת מידע וביצוע פעולות, כפי שמפורט בתחולת ההרשאה עבור

כל העובדים המועסקים אצל המעסיק שצוין לעיל;

העובדים המופיעים ברשימה המצורפת בלבד.

ומאשר כי קיים הסכם ביני לבין הגורם המתפעל לביצוע הפעולות המפורטות בתחולת ההרשאה. במידה ויבוצע שינוי בהסכם זה אעדכן את הגוף המוסדי בדבר השינוי.

### תחולת ההרשאה:

הרשאה זו מאפשרת לגורם המתפעל לבצע את הפעולות המסומנות אצל גוף מוסדי.

צירוף עובד לקרן ברירת מחדל לפי סעיף 20(ב) לחוק הפיקוח על קופות גמל;

צירוף עובד לתוכנית ביטוח כאשר דמי הביטוח משולמים במלואם על ידי המעסיק;

קבלת מידע לצורך הפקדת כספים בעד עובד לגוף מוסדי;

הפקדת כספים בעד עובד והעברת מידע אגב הפקדה כאמור בתקנות 3 ו-4 לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (תשלומים לקופת גמל), התשע"ד-2014;

קבלת משוב לצורך ביצוע בקרות על נתוני הקליטה האישיים של העובד;

קבלת משוב לצורך ביצוע בקרות על מימוש הנחה בדמי ניהול או הנחה ברכישת תכנית ביטוח מפני סיכון מוות או תכנית ביטוח מפני סיכון אובדן כושר עבודה, שניתנה לעובד מתוקף הסדר של המעסיק;

קבלת חיווי למעסיק לעניין עמידה או אי-עמידה בסעיף 1(ב) (1) לאישור כללי בדבר תשלומי מעסיקים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצויי פיטורים, בקשר לשכר מבוטח בתוכנית ביטוח מפני סיכון אובדן כושר עבודה לעובד שחל לגביו סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים, התשכ"ג-1963;

קבלת מידע אודות יתרות פיצויים של עובד בהתייחס לתקופת חבותו של המעסיק ולצורך עמידתו בחובותיו על פי דין;

קבלת מידע אודות ביטוח חיים קבוצתי לפי חוזר 10-1-2009, שעניינו מסירת מידע לבעל פוליסה בביטוח קבוצתי.

● העברת מידע כאמור לעיל יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית.



## תוקפו של ייפוי כוח

הרשאה זו תהיה בתוקף של 10 שנים וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה. ולראיה באתי על החתום:

### המעסיק:

_____	_____	_____
תאריך וחתימה	חותמת המעסיק	חתימת מורשה חתימה מטעם המעסיק
<b>אישור רו"ח / עו"ד לחתימת מורשה החתימה בשם המעסיק</b>		
אני הח"מ: _____ (עו"ד / רו"ח) שכתובתי: _____		
מאשר כי מר' / גב': _____ ת.ז. _____ מוסמך/ת להתחייב בשם המעסיק		
_____	_____	_____
חתימה וחותמת	מס' רשיון	תאריך

### הגורם המתפעל:

_____	_____	_____
תאריך וחתימה	חותמת הגורם המתפעל	חתימת מורשה חתימה מטעם הגורם המתפעל
<b>אישור רו"ח / עו"ד לחתימת מורשה החתימה בשם נותן שירותי התפעול:</b>		
אני הח"מ: _____ (עו"ד / רו"ח) שכתובתי: _____		
מאשר כי מר' / גב': _____ ת.ז. _____ מוסמך/ת להתחייב בשם הגורם המתפעל		
_____	_____	_____
חתימה וחותמת	מס' רשיון	תאריך