



עמיתים קרנות הפנסיה הוותיקות

טופס ייפוי כוח עבור עו"ד / רו"ח

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

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

אני מוותר בזה על סודיות המידע הנ"ל כלפי מיופה הכוח ומתחייב 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 את השם הפרטי ואת שם המשפחה), עו"ד / רו"ח,
מס' רישיון _____ שכתובתי היא _____ מאשר בזאת כי היום חתם/ה
בפניי _____ (יש למלא את השם הפרטי ואת שם המשפחה של המבוטח/ת) שנושא/ת ת.ז.
שמספרה _____ על ייפוי הכוח דלעיל לאחר שהסברתי לו את האמור בו.

חתימה וחותמת _____ תאריך _____

* יש לצרף צילום ת.ז של המבוטח/ת..

