



## עמיתים קרנות הפנסיה הוותיקות

### טופס ייפוי כוח

אני \_\_\_\_\_ (למלא שם ושם משפחה), נושא/ת.ז מספר \_\_\_\_\_  
 מייפה את כוחו של מר / גברת \_\_\_\_\_ (למלא שם ושם משפחה)  
 נושא /ת.ז מספר \_\_\_\_\_ לקבל מידע ונתונים אודות מצב זכויותיי  
 בנושא \_\_\_\_\_ (יש למלא את הבקשה באופן ספציפי)  
 מקרן \_\_\_\_\_ (חובה למלא את שם הקרן)

למען הסר ספק, מובהר כי ייפוי כוח זה מאפשר למיופה הכוח לקבל מידע בלבד אודות זכויותיי בקרן וכי אינו מאפשר לו לפעול בחשבוני בקרן ו/או לתת הוראות לקרן לביצוע פעולות בכל הקשור בזכויותיי בקרן.

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, עורך דין / רואה חשבון/ עובד הקרן \_\_\_\_\_ (למלא שם ושם משפחה)  
 מ \_\_\_\_\_ מאשר בזאת כי היום חתם/ה בפניי \_\_\_\_\_ (למלא שם ושם משפחה) שנושא/ת  
 ת.ז \_\_\_\_\_ על יפוי הכוח דלעיל לאחר שהסברתי לו את האמור בו.

חתימה וחתימת \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

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

