

לכבוד:

פסגות קופות גמל ופנסיה בע"מ (המנהלת את קרן פנסיה ה.ע.ל.)
רח' אחד העם 14, תל אביב 6514211

תאריך: _____

אני החתום מטה (להלן: "המבוטח" או "הפנסיונר")

שם + שם משפחה _____ ת.ז. _____ תאריך לידה _____ מען _____

מיפה באת את מר/גב' (להלן: "מיופה הכוח")

מיופה א'

שם + שם משפחה _____ ת.ז. _____ תאריך לידה _____ ז/נ _____ מען _____

מיופה ב'

שם + שם משפחה _____ ת.ז. _____ תאריך לידה _____ ז/נ _____ מען _____

להיות מורשה מטעמי בקרן הפנסיה ה.ע.ל. (להלן: "הקרן"), ביחד ו/או לחוד (חובה לסמן), בקרן _____ מספר ת.ז. של המבוטח _____ המנוהלת ע"י חברת פסגות קופות גמל ופנסיה בע"מ (להלן: "החברה המנהלת"), בכל הנוגע לקבלת מידע.

מובהר בזאת כי:

1. החברה המנהלת לא תצטרך לקבל אישור נוסף מהמבוטח לשם מסירת מידע למיופה הכח.
2. זיהוי מיופה הכוח בעת חתימת ייפוי הכח ו/או מיופה הכח ו/או המבוטח, לרבות חוק השליחות, התשכ"ה - 1965, חוק איסור הלבנת הון, התש"ס - 2000, צו איסור הלבנת הון (חובות זיהוי, דיווח וניהול רישומים של קופת גמל וחברה המנהלת קופת גמל), התשס"ב - 2001, וכל חוק, תקנות, צווי הוראות אחרים ונהלי עבודה פנימיים של החברה המנהלת העשויים לחול על פעולותיה של החברה המנהלת כפי שיהיו בתוקף מזמן לזמן;

ביטול ייפוי הכוח

3. ייפוי הכוח שניתן כאמור לעיל יתבטל בקרות אחד מהמקרים הבאים:
 - א. ניתנה לחברה המנהלת הודעת ביטול ע"י המבוטח ו/או ע"י מיופה הכוח בכתב.
 - ב. במקרה של סגירת החשבון אצל החברה המנהלת ו/או ביצוע העברה לקרן ו/או קופה אחרת מלבד .
 - ג. ייפוי הכוח בטל על פי הוראות כל דין החלות על החברה המנהלת ו/או מיופה הכוח ו/או המבוטח לרבות חוק השליחות, התשכ"ה - 1965.
4. מובהר כי בקשה לקבלת מידע שנתקבלה ע"י מיופה הכוח ביום כניסתו לתוקף של ביטול ייפוי הכוח, תחייב את המבוטח לכל דבר ועניין.

4. חתימת מיופה הכוח על נספח זה מהווה אישור מבחינתו כי הוא מסכים לאמור בו וכי היקף הסמכויות המוקנות לו ידוע וברור לו.

ולראיה באו הצדדים על החתום, ביום _____ לחודש _____ שנת _____:

נציג החברה המנהלת/עו"ד
חותמת + חתימה

מיופה הכוח*
שם + חתימה

המבוטח*
שם + חתימה

* נדרש לצרף צילום ת.ז. ולהעביר את הטופס המקורי לידי פסגות בדואר לכתובת המופיעה מטה.