

לכל מאן דבעי

הרשאה מתמשכת לגורם מתפעל לקבלת שירותים עבור מעסיק בשל עובדיו

מייפה הכוח (המעסיק):

שם: _____ מספר זיהוי

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

כתובת: _____ טלפון: _____ מייל: _____

שם מורשה חתימה: _____ מספר ת.ז.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

שם: _____ מספר זיהוי

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

כתובת: _____ טלפון: _____ מייל: _____

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 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 הנני מתחייב לעדכן את הגוף המוסדי בדבר השינוי.

תחולת ההרשאה

הרשאה זו מאפשרת לגורם המתפעל לבצע את כל הפעולות הבאות :

- 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.

תוקפה של הרשאה

הרשאה זו תהיה בתוקף החל מהיום שבו התקבלה במשרדי הגוף המוסדי ותעמוד עד ליום _____ וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.

*במקרה בו לא צויין מועד סיום ההרשאה, ההרשאה תהא בתוקף עד למועד קבלת הודעה על ביטול ההרשאה במשרדי החברה.

ולראיה באתי על החתום :

_____	_____	_____
תאריך החתימה	חותמת המעסיק	חתימת מורשה חתימה מטעם המעסיק
_____	_____	_____
תאריך החתימה	חותמת הגורם המתפעל	חתימת מורשה חתימה מטעם הגורם המתפעל

צרופות חובה :

- אישור רו"ח/עו"ד לחתימת מורשה החתימה בשם המעסיק.
- אישור רו"ח/עו"ד לחתימת מורשה החתימה בשם הגורם המתפעל.
- במקרה של הרשאה שאינה לכל העובדים של המעסיק: רשימת העובדים אליהם מתייחסת ההרשאה.