

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

**הרשאה מתמשכת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות**

(מינוי סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני) (נספח ב1)

הרשאה זו מתייחסת לכל סוגי המוצרים הפנסיוניים שברשותי ולכל המוצרים הפנסיוניים שברשותי, ומוצרי הביטוח שברשותי, למעט אלו המוחרגים במפורש, ומבטלת כל ייפוי כוח של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר

צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

**מייפה הכוח (הלקוח):**

שם: \_\_\_\_\_ מספר זיהוי \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

**מיופה הכוח (סוכן ביטוח/ יועץ פנסיוני,** במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד):

	5	1	1	1	4	8	7	3	6
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

שם (יחיד/תאגיד): עטר ביטוח און ליינ בע"מ רישיון מס' \_\_\_\_\_

אשר הינו: (1) יועץ פנסיוני  ; (2) **סוכן ביטוח פנסיוני**  סמן את האפשרות המתאימה.

טלפון \_\_\_\_\_ מייל \_\_\_\_\_

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני ומי מטעמו<sup>1</sup>, לפנות בשמי לכל גוף מוסדי<sup>2</sup> לשם קבלת מידע<sup>3</sup> אודות מוצרים פנסיוניים<sup>4</sup> ותכנית ביטוח<sup>5</sup>, הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשותיי להצטרפות למוצר פנסיוני או לתכנית ביטוח העברת בקשותיי לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. אם מיופה הכוח הוא יועץ פנסיוני, יחול ייפוי הכוח עבור תכניות ביטוח, למידע בלבד.

העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית.

**1. תחולת ההרשאה**

ייפוי כוח זה מתייחס לכל המוצרים הפנסיוניים ומוצרי הביטוח המנוהלים עבורי בגוף מוסדי כלשהו נכון למועד חתימת הרשאה זו, או מוצרים אחרים שינוהלו עבורי בגוף מוסדי במהלך תקופת תוקפה של הרשאה זו, מלבד המוצרים המנויים בטופס המצורף להרשאה זו (יש לציין מוצרים עבור כל גוף מוסדי בנפרד), או מוצרים עתידיים שאצטרף אליהם באמצעות סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר. אם מנוהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית כאשר בעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיופה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

<sup>1</sup> מי מטעמו - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות בפקוח על שירותים פיננסיים (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיונית) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), התשע"ב-2012

<sup>2</sup> גוף מוסדי - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.

<sup>3</sup> מידע אודות מוצר פנסיוני - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש.

<sup>4</sup> מוצר פנסיוני - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31(ז)(2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.

<sup>5</sup> תכנית ביטוח - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.

שים לב! אם לא יצוין סוג מוצר פנסיוני או מוצרים פנסיוניים או תכניות ביטוח בטופס המצ"ב, ההרשאה תתייחס לכל סוגי המוצרים הפנסיוניים ולכל המוצרים הפנסיוניים או תכניות הביטוח שברשותך. הרשאה כאמור מבטלת ייפוי כוח של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר.

## 2. ביטול הרשאה קודמת

שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:

- בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי המוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע בלבד על מוצר מסוים, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
- חתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי המוצרים הכלולים בהרשאה זו, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.

## 3. תוקפו של ייפוי כוח

שים לב! באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה

הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.

הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ-10 שנים - עד ליום \_\_\_\_\_.

## 4. תוכנית ביטוח חיים עבור משכנתא

אם יש ברשותך תכניות לביטוח חיים עבור משכנתא, ייפוי הכוח יאפשר לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני לקבל עליהן מידע בלבד, ולא יבטל ייפוי כוח של סוכן ביטוח אחר לביצוע פעולות, אלא אם כן תסמן במפורש אחרת.

הרשאה זו תהיה תקפה גם עבור סוכן ביטוח לתכניות לביטוח חיים עבור משכנתא, הן לקבלת מידע והן לביצוע פעולות. ידוע לי כי הרשאה זו תבטל ייפוי כוח של סוכן ביטוח קודם לביצוע פעולות.

**ולראיה באתי על החתום:**

\_\_\_\_\_  
תאריך החתימה

\_\_\_\_\_  
חתימת הלקוח

\_\_\_\_\_  
תאריך החתימה

\_\_\_\_\_  
חתימת סוכן ביטוח או  
יועץ פנסיוני

\_\_\_\_\_  
שם סוכן הביטוח או  
היועץ הפנסיוני  
בפניו חתם הלקוח

**טופס נספח להרשאה מתמשכת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (רשות)**

לכבוד \_\_\_\_\_ (שם הגוף המוסדי)

**הנדון: רשימת החרגות מייפוי הכוח (מינוי סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני)**

שם הלקוח: \_\_\_\_\_ מספר זיהוי

ניתן להחריג מייפוי הכוח שיינתן לסוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני סוגים של מוצרים באמצעות סעיף (1) **או** להחריג את קבלת המידע וביצוע הפעולות או את ביצוע הפעולות עבור מוצרים מסויימים באמצעות סעיף (2).

1. להלן פירוט סוגי המוצרים הפנסיוניים המוחרגים מייפוי הכוח:

□ קרן פנסיה<sup>1</sup> □ קופת גמל<sup>2</sup> □ ביטוח פנסיוני<sup>3</sup> □ קרן השתלמות<sup>4</sup> □ תכנית ביטוח<sup>5</sup> (ביטוח מנהלים)

2. להלן פירוט המוצרים הפנסיוניים המוחרגים מייפוי הכוח:

(1) מספר חשבון הלקוח במוצר	(2) מספר קידוד של המוצר	(3) סוכן ביטוח/יועץ פנסיוני לא יקבל מידע ולא יבצע פעולות במוצר	(4) סוכן ביטוח/יועץ פנסיוני יקבל מידע בלבד

\*החרגה של מוצר פנסיוני תתייחס לכל הכיסויים הביטוחים הכלולים בו.

**ולראיה באתי על החתום:**

_____	_____
תאריך החתימה	חתימת הלקוח
_____	_____
תאריך החתימה	שם סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני בפניו חתם הלקוח
_____	_____
תאריך החתימה	חתימת סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני

נספח זה יועבר לכל גוף מוסדי אליו פונה בעל הרישיון.

אם הלקוח לא ביקש להחריג מייפוי הכוח מוצר כלשהו בגוף מוסדי, ישלח הנספח לאותו גוף מוסדי כשהוא ריק

<sup>1</sup> קרן פנסיה - סעיף (1) להגדרת סוג מוצר פנסיוני בחוק הייעוץ הפנסיוני.  
<sup>2</sup> קופת גמל - סעיפים 1(א) - (3) להגדרת סוג מוצר פנסיוני בחוק הייעוץ הפנסיוני.  
<sup>3</sup> ביטוח פנסיוני - סעיפים (4) - (6) להגדרת סוג מוצר פנסיוני בחוק הייעוץ הפנסיוני.  
<sup>4</sup> קרן השתלמות - סעיף (7) להגדרת סוג מוצר פנסיוני בחוק הייעוץ הפנסיוני.  
<sup>5</sup> תכנית ביטוח - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.