

**הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רישיון) (נספח ב2)**  
**הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כוח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו**  
 **צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח**

לכבוד \_\_\_\_\_ (שם הגוף המוסדי)

**מייפה הכוח (הלקוח):**

שם: \_\_\_\_\_ מספר זיהוי 

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

  
 כתובת: \_\_\_\_\_

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

שם (יחיד/תאגיד): עטרת ביטוח און ליין בע"מ רישיון מס' 

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

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 לגוף המוסדי<sup>2</sup> המפורט לעיל 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 או העברת בקשותיי לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית. אם מנוהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא המעביד או ספק השירות, 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 בפיקוח על שירותים פיננסיים (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים) (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" - 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.

**הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים**

(1) מספר חשבון הלקוח במוצר	(2) מספר קידוד של המוצר	(3) סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

\* במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.

\* אם מועבר מספר הקידוד של המוצר, יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר" מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני."

\* בממשק האירועים שדה" מספר קידוד אחיד "הוא שדה חובה.

\* אם סימנתי V בעמודה (3), סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.

**1. ביטול הרשאה קודמת ( במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסוים )**

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

**2. תקופו 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 \_\_\_\_\_.

**ולראיה באתי על החתום:**

תאריך החתימה

חתימת הלקוח

תאריך החתימה

חתימת סוכן הביטוח או  
היועץ הפנסיוני

שם סוכן הביטוח או  
היועץ הפנסיוני

**נספח ד : תצהיר אימות ייפוי כוח לפי נספח ב2**

לכבוד \_\_\_\_\_

(שם הגוף המוסדי) , (מספר ח.פ.)

אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ , לאחר שהוזהרתי כי עלי לומר את האמת וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזה כדלקמן :  
הנני נותנת/תצהיר זה בשם \_\_\_\_\_ ח.פ./מספר רישיון \_\_\_\_\_  
(להלן **המבקש**) המבקש להתמנות על ידי הלקוח כאמור בסעיפים (ז) ו-5(ה) לחוזר , 2016-10-12 שעניינו ייפוי כוח לבעל רישיון או כל חוזר אחר שיחליף אותו.

אני מצהיר/ה כי הנני מוסמך/ת לתת תצהיר זה בשם המבקש, בהתקיים אחד מהתנאים האלה :

- המבקש הוא תאגיד בנקאי המבצע אימות של ייפוי הכוח באמצעות אתר האינטרנט המופעל לפי הוראות ניהול בנקאי תקין 357 של המפקח על הבנקים בכל הנוגע לאופן השימוש ברשת האינטרנט , שמירה טיפול במידע , הרשאות גישה לוגיות ופיזיות , שימוש בסיסמאות ונעילת המחשב בפני גישה כאשר אינו בשימוש.
- המבקש הוא סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שאינו תאגיד בנקאי , הפועל לפי הוראות חוזר 2016-9-14 "ניהול סיכונים סייבר בגופים מוסדיים" (להלן "חוזר אבטחת מידע" ) או כל חוזר אחר שיחליפו בכל הנוגע לאופן- השימוש ברשת האינטרנט , שמירה טיפול במידע , הרשאות גישה לוגיות ופיזיות , שימוש בסיסמאות ונעילת המחשב בפני גישה כאשר אינו בשימוש.
- המבקש הוא גורם מורשה המבצע אימות של ייפוי הכוח באמצעות מכשיר בנק אוטומטי.

במידה ויתרחש שינוי בנסיבות שישליך על עמידתי בתנאים עליהם שבגינם ניתן תצהיר זה , אפעל ליידע את הגוף המוסדי בהתאם.

\_\_\_\_\_  
תאריך החתימה

\_\_\_\_\_  
בעל רישיון או חתימת מורשה החתימה  
בתאגיד מטעם הגורם המורשה