



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

הרשאה מתמשכת לגורם מתפעל לקבלת שירותים עבור מעסיק בשל עובדי

מייפה הכוח (המעסיק):

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

שם: _____ מספר זיהוי _____

כתובת: _____ טלפון: _____ מייל: _____

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

שם מורשה חתימה: _____ מספר ת.ז. _____

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

שם: _____ גרי תפעול פנסיוני _____ מספר זיהוי _____ 038774295

כתובת: _____ הלל יפה 11 חדרה _____ טלפון: _____ 058-447-7553 מייל: geri.pensia@gmail.com

שם מורשה חתימה: _____ דודי גרי _____ מספר ת.ז. _____ 03877429-5

אני, החתום מטה, מייפה את כוחו של הגורם המתפעל לפנות בשמי לכל גוף מוסדי לשם קבלת מידע וביצוע פעולות, כפי שמפורט בתחולת ההרשאה 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 אעדכן את הגוף המוסדי בדבר השינוי.

תחולת ההרשאה

הרשאה זו מאפשרת לגורם המתפעל לבצע את הפעולות המסומנות אצל גוף מוסדי:

- ☑ 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 בקורות על נתוני הקליטה האישיים של העובד;
- ☑ קבלת משוב לצורך ביצוע בקורות 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;

גרי תפעול פנסיוני- הדרך המדויקת ביותר להשגת שקט תפעולי למעסיק

הגיבורים 60, חדרה 3822422, טל' 058-4477553

מ 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;

מ קבלת מידע אודות יתרות פיצויים של עובד בהתייחס לתקופת חבותו של המעסיק ולצורך עמידתו בחובותיו על פי דין;

מ קבלת מידע אודות ביטוח חיים קבוצתי לפי חוזר 10-1-2009, שעניינו מסירת מידע לבעל פוליסה בביטוח קבוצתי.

העברת מידע כאמור לעיל יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית.

תוקפו של יפוי כוח

הרשאה זו תעמוד עד ליום 01/01/2035 וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך החתימה	חותמת המעסיק	חתימת מורשה חתימה
	 גרי תפעול פנסיוני ח.פ. 38774295	מטעם המעסיק
תאריך החתימה	חותמת הגורם המתפעל	חתימת מורשה חתימה
		מטעם הגורם המתפעל

צדפות:

- מ אישור ר"ח/עו"ד לחתימת מורשה החתימה בשם המעסיק
- מ אישור ר"ח/עו"ד לחתימת מורשה החתימה בשם הגורם המתפעל.