

יש לשלוח את יפוי הכוח החתום לפקס 03-7348830 או למייל harelgs@harel-ins.co.il

לכבוד

תאריך:

<input type="checkbox"/>	הראל חברה לביטוח בע"מ - חטיבת בריאות
<input type="checkbox"/>	הראל חברה לביטוח בע"מ - אגף ביטוח חיים
<input type="checkbox"/>	הראל פנסיה וגמל בע"מ
<input type="checkbox"/>	לעמיד חברה לניהול קרנות פנסיה בע"מ
<input type="checkbox"/>	קרן החיסכון לצבא הקבע - חברה לניהול קופות גמל בע"מ - מס' חשבון:

יפוי כוח לקבלת מידע ו/או לביצוע פעולות ("יפוי הכוח")

אני החתום מטה ("הח"מ")

	שם + שם משפחה:
	מספר תעודת זהות:
	מען:
	מייפה בזאת את מר/ גב' / עו"ד ("מייפה הכוח")
	שם + שם משפחה / שם התאגיד:
	מספר תעודת זהות/ ח.פ.:
	מען:
	זיקה למייפה הכוח הח"מ (יש לסמן): <input type="checkbox"/> בן/בת זוג; <input type="checkbox"/> הורה; <input type="checkbox"/> ילד/ה; <input type="checkbox"/> אח/ות; <input type="checkbox"/> סבא/סבתא; <input type="checkbox"/> אחר; _____.

להיות מורשה מטעמי ולטפל בשמי ועבורי, החל ממועד חתימתי על יפוי הכוח, בכל עניין הנוגע למוצרים שלי בהראל בהתאם לבחירתי מעלה (שם החברה) וכן להגיש להראל ולקבל מהראל את כל ההתכתבויות ו/או המסמכים וכן הנני נותן לכם בזאת את הסכמתי למסור למייפה הכוח את כל הפרטים שיידרשו על ידו/ה, והכל בנוגע לביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות:

חובה לסמן את ההרשאות הרצויות:

- קבלת כל מידע בכל הקשור במוצרים
- ביצוע כל הפעולות הקשורות במוצרים
- עניין ספציפי אחר. נא פרט: _____

(כגון: קבלת העתק פוליסה; הוספת/ביטול כיסוי; עדכון פרטים בפוליסה; שינוי פרטי משלם וכו')

מובהר בזאת כי:

- הח"מ פוטר בזאת את החברה מכל חובה ו/או אחריות בקבלת אישור נוסף מהח"מ לביצוע הפעולות המנויות לעיל ע"י מייפה הכוח ו/או מתן מידע למייפה הכוח.
- הח"מ מצהיר בזאת כי ידוע לו שלחברה אין כל חובה ו/או אחריות למתן הודעה לח"מ על מידע שהועבר למייפה הכוח או לגבי פעולות אותן ביצע מייפה הכוח בפוליסה, אלא במסגרת הדיווחים הקבועים בהוראות הדין.
- הח"מ מצהיר בזאת כי ידוע לו שלחברה לא קיימת כל חובה ו/או אחריות במקרה בו חרג מייפה הכוח מסמכותו או הפעיל שיקול דעת ושינה דבר מן ההוראות שקיבל מהח"מ או פעל בניגוד לחובת נאמנות או כל חובה אחרת שתהיה לו, אם תהיה לו, כלפי הח"מ, וכי כל פעולה כאמור של מייפה הכוח תחייב את הח"מ לכל דבר ועניין, ובלבד שהחברה פעלה בהתאם להוראות יפוי הכוח.

4. בכל מקרה של קבלת הוראות סותרות ו/או מנוגדות מהמבוטח וממיופה הכוח בו זמנית, לא תחול על הראל כל אחריות בשל ביצוע או אי ביצוע הוראת מיופה הכוח או ביצוע או אי ביצוע הוראת הח"מ, והח"מ מוותר בזאת על כל טענה ו/או תביעה ו/או דרישה כלפי הראל בקשר עם ביצוע הוראת מיופה הכוח כאמור.
5. ייפוי הכוח הינו אישי ואינו ניתן להעברה לאחר ע"י מיופה הכוח.
6. ייפוי הכוח אינו כולל הרשאה להגשת בקשה לקבלת הלוואה.
7. ייפוי הכוח אינו כולל הרשאה לקביעת/שינוי מוטבים/נהנים בחשבון.

ככל שייפוי הכוח הינו מטעם תאגיד ונוגע למוצרים הבאים: קרן פנסיה כללית לעצמאים; קופת גמל לחיסכון לעצמאים; קרן השתלמות לעצמאים; קופת גמל להשקעה; פוליסת תגמולים לעצמאים; פוליסת חיסכון מסוג מגוון - יש לצרף לו את שמות ומספרי תעודות הזהות של בעלי השליטה בתאגיד:

שם בעל השליטה	מספר תעודת זהות

תוקף ייפוי הכוח:

חובה לסמן את ההרשאות הרצויות: (ככל שלא תסומן אחת מההרשאות, ייפוי הכוח יהיה תקף לשנה בלבד)

ייפוי הכוח אינו מוגבל בזמן.

ייפוי הכוח בתוקף עד ליום _____.

ביטול תוקף:

הח"מ מורה בזאת לחברה לבטל את הוראותיו על פי ייפוי הכוח בקרות אחד מהמקרים הבאים:
 (א) ניתנה לחברה הודעת ביטול ע"י הח"מ ו/או מיופה הכוח בכתב - החל מהמועד בו התקבלה בחברה הודעת הביטול המקורית או העתק נאמן למקור;
 (ב) במקרה של ביטול הפוליסה בחברה - החל מהמועד בו התקבלה בחברה הודעת הביטול המקורית ע"י המבוטח או העתק נאמן למקור;
 (ג) במקרה בו ייפוי הכוח בטל על פי הוראות ההסדר התחיקתי החלות על החברה ו/או מיופה הכוח ו/או המבוטח, לרבות על פי הוראות חוק השליחות, התשכ"ה - 1965 - החל ממועד הביטול בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי הרלבנטיות.

ולראייה באתי על החתום:

תאריך: _____ חתימת הלקוח: _____

למילוי ע"י מאמת החתימה (אנא סמן את זהות המאמת):

עו"ד; נציג מטעם החברה; יועץ מטעם בעל פוליסה קבוצתית; נציג משאבי אנוש מטעם בעל פוליסה קבוצתית

אני הח"מ _____ ת.ז./מ.ר. _____ מאשר בזאת כי הלקוח שזוהה על ידי _____, באמצעות תעודת זהות, חתם על ייפוי הכוח.

מאמת החתימה

תאריך

(חותמת + חתימה)