

תאריך: .....

לכבוד

<input type="checkbox"/>	הראל חברה לביטוח בע"מ - חטיבת בריאות
<input type="checkbox"/>	הראל חברה לביטוח בע"מ - אגף ביטוח חיים
<input type="checkbox"/>	לעתיד חברה לניהול קרנות פנסיה בע"מ
<input type="checkbox"/>	הראל פנסיה וגמל בע"מ - מס' חשבון: .....
<input type="checkbox"/>	קרן החיסכון לצבא הקבע - חברה לניהול קופות גמל בע"מ - מס' חשבון: .....
<input type="checkbox"/>	נתיב - קרן הפנסיה של פועלי ועובדי מפעלי משק ההסתדרות בע"מ

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

אני החתום מטה ("הח"מ")

	שם + שם משפחה
	מספר תעודת זהות
	מען

מייפה בזאת את מר/גב/עו"ד (להלן: "מיופה הכוח")

	שם + שם משפחה / שם התאגיד
	מספר תעודת זהות / ח.פ.
	מען

להיות מורשה מטעמי ולטפל בשמי ועבורי, החל ממועד חתימתי על ייפוי 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 למיופה הכוח את כל הפרטים שיידרשו על ידו/ה, והכל בנוגע לביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות:

**חובה לסמן את ההרשאות הרצויות:**

<input type="checkbox"/>	קבלת כל מידע בכל הקשור במוצרים
<input type="checkbox"/>	ביצוע כל הפעולות הקשורות במוצרים
<input type="checkbox"/>	עניין ספציפי אחר. נא פרט: .....
	(כגון: קבלת העתק פוליסה; הוספת/ביטול כיסוי; עדכון פרטים בפוליסה; שינוי פרטי משלם וכו')

## מובהר בזאת כי:

- ה"מ פוטר בזאת את החברה מכל חובה ו/או אחריות בקבלת אישור נוסף מה"מ לביצוע הפעולות המנויות לעיל ע"י מיופה הכוח ו/או מתן מידע למיופה הכוח.
- ה"מ מצהיר בזאת כי ידוע לו שלחברה אין כל חובה ו/או אחריות למתן הודעה לח"מ על מידע שהועבר למיופה הכוח או לגבי פעולות אותן ביצע מיופה הכוח בפוליסה, אלא במסגרת הדיווחים הקבועים בהוראות הדין.
- ה"מ מצהיר בזאת כי ידוע לו שלחברה לא קיימת כל חובה ו/או אחריות במקרה בו חרג מיופה הכוח מסמכותו או הפעיל שיקול דעת ושינה דבר מן ההוראות שקיבל מה"מ או פעל בניגוד לחובת נאמנות או כל חובה אחרת שתהיה לו, אם תהיה לו, כלפי הח"מ, וכי כל פעולה כאמור של מיופה הכוח תחייב את הח"מ לכל דבר ועניין, ובלבד שהחברה פעלה בהתאם להוראות ייפוי הכוח.
- 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.
- ייפוי הכוח הינו אישי ואינו ניתן להעברה לאחר ע"י מיופה הכוח.
- ייפוי הכוח אינו כולל הרשאה להגשת בקשה לקבלת הלוואה.
- ייפוי הכוח אינו כולל הרשאה לקביעת/שינוי מוטבים/נהנים בחשבון.

## תוקף ייפוי הכוח

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

<input type="checkbox"/>	ייפוי הכוח אינו מוגבל בזמן
<input type="checkbox"/>	ייפוי הכוח בתוקף עד ליום .....

## ביטול תוקף

הח"מ מורה בזאת לחברה לבטל את הוראותיו על פי ייפוי הכוח בקרות אחד מהמקרים הבאים:

- 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;
- במקרה של ביטול הפוליסה בחברה - החל מהמועד בו התקבלה בחברה הודעת הביטול המקורית ע"י המבוטח או העתק נאמן למקור;
- 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.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך: ..... חתימת הלקוח: /

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

<input type="checkbox"/>	עו"ד
<input type="checkbox"/>	נציג מטעם החברה
<input type="checkbox"/>	יועץ מטעם בעל הפוליסה
<input type="checkbox"/>	נציג משאבי אנוש מטעם בעל הפוליסה

אני הח"מ ..... ת.ז. / מ.ר. .... מאשר בזאת כי הלקוח שזוהה על ידי ..... חתם על ייפוי הכוח.

תאריך: ..... מאמת החתימה (חותמת + חתימה): /

\*מיופה הכוח יזוהה באמצעות הצגת ת.ז.