



**הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים**

(3) סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל	(2) מספר הקידוד של המוצר (רשות)	(1) מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר
<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.

\* במקרה של בקשת מידע בלבד אין חובה לציין את ספרות המסלול.

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

\* 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, תוך 10 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, תוך 10 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
- חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם.

**2. 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 \_\_\_\_\_.

**ולראיה באתי על החתום:**

\_\_\_\_\_  
 תאריך החתימה

\_\_\_\_\_  
 חתימת הלקוח

\_\_\_\_\_  
 תאריך החתימה

\_\_\_\_\_  
 חתימת סוכן הביטוח/  
 היועץ הפנסיוני

\_\_\_\_\_  
 שם סוכן הביטוח/  
 היועץ הפנסיוני