

דואים את התמונה המלאה

לכבוד

 לכל מאן דבעי שם הגוף המוסדי

מספר ח.פ. _____

הרשאה מתמשכת לגורם מתפעל לקבלת שירותים עבור מעסיק בשל עובדיו

מייפה הכוח (המעסיק):

שם: _____ מספר זיהוי: _____ טלפון: _____

כתובת: _____ מייל: _____

שם מורשה החתימה: _____ מספר ת.ו. _____

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

שם: _____ אדן שרתי תפעול בע"מ _____ מספר זיהוי: _____ 515542009 _____ טלפון: _____ 03-9787080

כתובת: _____ איה 46 רמת השרון _____ מייל: _____ info@e-d-n.co.il

שם מורשה החתימה: _____ מליסה רן _____ מספר ת.ו. _____ 032824542

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 ברית 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 בקרות על נתוני הקליטה האישיים של העובד; קבלת משוב לצורך ביצוע בקרות 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;

 קבלת חיובי למעסיק לעניין עמידה או אי-עמידה בסעיף ו(ב1) 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;

 קבלת מידע אודות יתרות פיצויים של עובד בהתייחס לתקופת חבותו של המעסיק ולצורך עמידתו בחובותיו על פי דין; 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 ייפוי כוח הרשאה זו תעמוד עד ליום _____ וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.

ולראיה באתי על החתום:

חתימת ר"ח/ח/עו"ד לאישור חתימת מורשה החתימה בשם המעסיק	תאריך חתימת המעסיק	חותמת המעסיק	חתימת מורשה חתימה מטעם המעסיק
חתימת ר"ח/ח/עו"ד לאישור חתימת מורשה המתפעל בשם הגורם המתפעל	תאריך חתימת הגורם המתפעל	חותמת הגורם המתפעל	חתימת מורשה חתימה מטעם הגורם המתפעל

צדופות:

 במקרה של הרשאה שאינה לכל העובדים של המעסיק - רשימת העובדים אליהם מתייחסת ההרשאה