

## מינוי מיופה כוח מטעם מעסיק לצורך קבלת מידע וביצוע פעולות מול כלל ביטוח ו/או כלל פנסיה וגמל

1. שם המעסיק, \_\_\_\_\_, מספר ח"פ/תעודת זהות מעסיק \_\_\_\_\_ (להלן: "המעסיק"), מייפיים את כוחם של אנשי הקשר שפרטיהם כמפורט בנספח א' שלהלן, לפנות אליכם מטעמנו לצורך קבלת מידע ולשם ביצוע פעולות בחשבונות המתנהלים על שם המעסיק ועובדי המעסיק במוצרים הפנסיוניים ובתוכניות הביטוח המנוהלים על ידי כלל חברה לביטוח בע"מ ו/או כלל פנסיה וגמל בע"מ (להלן: "החברה"), הכל בכפוף להוראות הממונה על שוק ההון בעניין "ביצוע פעולות על ידי גוף מוסדי עבור מעסיק" (להלן: "החוזר"), וזאת, בין היתר, באמצעות פורטל מעסיקים, מערכת PAYNET, מערכת קלריטי, פניה טלפונית למוקד שירות למעסיקים, הודעות פקס או דואר אלקטרוני למוקד שירות למעסיקים.
2. יובהר כי ייפוי כוח זה יחול רק לעניין מידע אשר המעסיק רשאי לקבל מהחברה ופעולות אשר המעסיק רשאי לבצע במוצרים שבניהול החברה, בהתאם לכל דין, לרבות הוראות החוזר.
3. ידוע לנו כי ביטול ו/או שינוי הרשאה זו יהיה אך ורק באמצעות הוראה אחרת בכתב מטעמנו, חתומה ומאושרת כדן, למענה הרשום של החברה.
4. ידוע לנו ואנו מסכימים לכך שהפרטים שנמסרו על ידינו לכל חברה מחברות קבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ (להלן: "קבוצת כלל") ו/או כל מידע בקשר אלינו שיגיע לידיעת מי מחברות קבוצת כלל, יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים בהם נוהגת קבוצת כלל לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לנו ואנו מסכימים כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות מקבוצת כלל ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים בעבור קבוצת כלל ומטעמה), והכול לצורך ניהול ומתן שירותים ללקוחות הקבוצה, לצורך קיום חובות על פי דין.
5. ידוע לנו כי החברה לא תהיה אחראית לכל מעשה ו/או מחדל של מיופי הכוח מטעמנו בקשר עם המידע שיקבל מתוקף ייפוי כוח זה, וכי האחריות הבלעדית על כל מעשה או מחדל של נציגנו, לרבות העברת הסיסמא לאתר האינטרנט או המידע לגורמים אחרים אצל המעסיק ו/או מחוצה לו, תחול עלינו בלבד.
6. ידוע לנו כי מוטלת עלינו האחריות ליידע אתכם בכל מקרה בו נבקש לבטל את הרשאתו של נציגנו, לרבות במקרה בו יסיים הנציג את עבודתו אצלנו.
7. אנו מתחייבים לשפות אתכם עם דרישתכם הראשונה, על כל נזק ו/או תביעה ו/או הוצאה שתידרשו לשלם בקשר עם פעולות הנציג או בקשר עם אי הודעה על ביטול הרשאתו של הנציג.

**ולראיה באנו על החתום\*:**

תאריך החתימה	חתימת וחותמת מורשה החתימה	שם מורשה חתימה מטעם המעסיק
--------------	------------------------------	-------------------------------

\* יש לצרף פרוטוקול מורשה חתימה התואם לפרטי החותם, או לחילופין להחתים עו"ד/ רו"ח בדף הבא.



**אישור עורך דין/רואה חשבון (לתאגיד בלבד):**

אני החתום מטה, \_\_\_\_\_, מאשר בזאת כי מורשה החתימה \_\_\_\_\_, מוסמך/כים מטעם המעסיק לחתום על ייפוי כוח זה וכי חתימתו/חתימתם המשותפת על גבי חותמת המעסיק ו/או שמו המודפס (מחק את המיותר), מחייבת את המעסיק בהתאם לאמור.

\_\_\_\_\_ חתימת עורך דין/רו"ח

\_\_\_\_\_ תאריך

את הטופס יש לשלוח למייל: [ServiceEmployers@Clal-Ins.co.il](mailto:ServiceEmployers@Clal-Ins.co.il)



**נספח א' - פרטי מיופה/י כוח**

**פרטי המעסיק/ה:**

שם המעסיק	מספר ח.פ./תעודת זהות
-----------	----------------------

**פרטי מיופה/י הכוח: \*עוסק מורשה נדרש לצרף צילום ת.ז.:**

שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	טלפון נייד*	דוא"ל	חתימת מיופה הכוח	תאריך חתימה

\* מספר זה יישמש לצורך זיהוי ומשלוח הסיסמא בכל כניסה לאתר האינטרנט של החברה על ידי מיופה הכוח וכן יישמש לשחזור הסיסמא

**הצהרת מיופה הכוח:**

ידוע לי ואני מסכים/ה לכך שהפרטים שנמסרו על ידי לכל חברה מחברות קבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ (להלן: "קבוצת כלל") ו/או כל מידע בקשר אליי שיגיע לידיעת מי מחברות קבוצת כלל, יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים בהם נוהגת קבוצת כלל לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לי ואני מסכים/ה כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות מקבוצת כלל ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים בעבור קבוצת כלל ומטעמה), והכול לצורך ניהול ומתן שירותים ללקוחות הקבוצה, לצורך קיום חובות על פי דין.

**ולראיה באנו על החתום:**

שם מורשה חתימה מטעם המעסיק

חתימת וחותמת מורשה החתימה

תאריך החתימה

