

לכבוד :

החברה לניהול קרן השתלמות לאקדמאים במח"ר, מספר ח.פ. : 520027954

**ביטול הרשאה מתמשכת לגורם מתפעל לקבלת שירותים עבור מעסיק בשל עובדיו**

**המעסיק:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

שם: \_\_\_\_\_ מספר זיהוי \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

מייל: \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

שם מורשה חתימה: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. \_\_\_\_\_

**פרטי מיופה הכוח ("גורם מתפעל") לביטול**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

שם: \_\_\_\_\_ מספר זיהוי \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

מייל: \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

שם מורשה חתימה: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. \_\_\_\_\_

**אני החתום מטה מבטל את ייפוי כוחו של הגורם המתפעל, לפנות בשמי לגוף המוסדי לשם קבלת מידע**

**וביצוע הפעולות, ובפרט אלו המופיעות מטה עבורי וכן עבור (יש לסמן חיווי  כן /  לא) :**

כל העובדים המועסקים אצל המעסיק שצוין לעיל

העובדים המופיעים ברשימה המצורפת בלבד

**תחולת הביטול (יש לסמן חיווי  כן /  לא)**

ביטול זה ימנע מגורם מתפעל לבצע את הפעולות המסומנות אצל גוף מוסדי בלבד.

צירוף עובד לקרן ברירת 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 חיווי למעסיק לעניין עמידה או אי-עמידה בסעיף 1(ב)1 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;

**ולראיה באתי על החתום :**

_____	_____	_____
תאריך חתימה	חותמת המעסיק	חתימת מורשה חתימה מטעם המעסיק

**צרופת :**

- אישור רו"ח/עו"ד לחתימת מורשה החתימה בשם המעסיק.
- במקרה של ביטול הרשאה שאינה לכל העובדים של המעסיק - רשימת העובדים אליהם מתייחס הביטול.