

ייפוי כוח קבלת מידע לייעוץ פנסיוני

אני הח"מ מבקש/ת מכל "גוף מוסדי" כהגדרתו בחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק בייעוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני), התשס"ה - 2005 (כלומר, מבטח וחברה מנהלת של קופות גמל, קרנות פנסיה וקרנות השתלמות) להעביר לבנק הבינלאומי הראשון לישראל בע"מ (להלן: "**הבנק**"), ומייפה בזאת את כוחו של הבנק לקבל לידי, מעת לעת, את מלוא המידע הקיים ו/או שיהיה קיים אודותיי במאגרי המידע ו/או במרשמים של כל גוף מוסדי, ובכלל זה – פרטי ונתוני האישיים, נתוני שכר, קיצבה, גימלה, מידע בדבר החיסכון הקיים שלי וזכויותי בתוכניות ביטוח ו/או בקופות גמל (לרבות קרנות פנסיה וקרנות השתלמות) המנוהלות על-ידי הגוף המוסדי, החיסכון העתידי שלי וזכויותי העתידיות, מסלולי החיסכון שלי, צבירת זכויות, הטבות מס, שיעור דמי הניהול הנגבים מחשבונתי ומידע בדבר החזר דמי הניהול, מידע בדבר הטבות להן אני זכאי/ת מתוקף הסכם מפעלי או כל הסכם אחר, כל הוראה שמסרתי לגוף המוסדי בנוגע לחסכונתי וזכויותי בתוכניות ביטוח ו/או בקופות גמל (לרבות קרנות פנסיה וקרנות השתלמות), וכן כל מידע המצוי אצל הגוף המוסדי בדבר מגבלות חיתום ו/או מגבלות אחרות בשל מצבי הרפואי.

הבנק לא יפנה לקבלת מידע על סמך ייפוי כוח זה, אם חלפו שישה (6) חודשים מיום חתימתי על ייפוי הכוח, וטרם התקשרתי עם הבנק בהסכם ייעוץ פנסיוני.

ולראיה באתי על החתום ביום _____:

_____ **שם משפחה ושם פרטי** _____ **ת.ז.** _____ **חתימה**

למילוי פקיד הסניף

אני מאשר כי זיהיתי את חתימת הנ"ל, או כי הנ"ל חתם בפני:

_____ **שם משפחה ושם פרטי** _____ **סניף**

_____ **תאריך:** _____ **חתימה**

לקוח הבנק הבינלאומי - לאחר מילוי הטופס נא להעבירו לסניףך או ליחידה לייעוץ פנסיוני לפקס 03-5196030

לקוח אשר אינו לקוח הבנק הבינלאומי- נא לחתום על הטופס באחד מסניפי הבנק הבינלאומי