

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin: 0;">מס' זהות / תיק ניכויים</p> </div>																						לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
סוג המסמך: 0 1	דפים: 																					

המוסד לביטוח לאומי



ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג

1

פרטי המיוצג (השדות המסומנים ב-* הם שדות מילוי חובה)

מס' זהות* <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> </div>																					שם פרטי*	שם משפחה*

2

פרטי המשרד (השדות המסומנים ב-* הם שדות מילוי חובה)

מס' זהות המייצג העומד בראש המשרד* <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> </div>																					שם המייצג העומד בראש המשרד	שם המשרד*																							
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר																																								
דואר אלקטרוני של המשרד			טלפון נוסף		טלפון במשרד*																																								
			<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> </div>																						<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> </div>																				

3

פרטי המייצג (השדות המסומנים ב-* הם שדות מילוי חובה)

מס' זהות* <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> </div>																					תואר המייצג במשרד* <input type="checkbox"/> עורך דין <input type="checkbox"/> יועץ מס <input type="checkbox"/> רואה חשבון	שם המייצג במשרד*

נושאי ייפוי הכוח (השדות המסומנים ב-* הם מילוי חובה)

יש לסמן עד 7 נושאים - כל נושא נוסף מעבר ל-7 הנושאים הראשונים שסומנו, לא יוגדר במערכות הביטוח הלאומי. על המיוצג לחתום ליד כל נושא בנפרד. בהיעדר חתימת המיוצג – לא תתאפשר מסירת מידע בנושא המבוקש.

חתימת המיוצג*	סמן V למתן ייפוי כוח בנושא הרצוי. על המיוצג לחתום לצד כל נושא במקום המתאים*
	<input type="checkbox"/> ניידות
	<input type="checkbox"/> הבטחת הכנסה
	<input type="checkbox"/> ילדים
	<input type="checkbox"/> מזונות
	<input type="checkbox"/> סיעוד
	<input type="checkbox"/> מילואים
	<input type="checkbox"/> שיקום מקצועי
	<input type="checkbox"/> אזרח ותיק, שאירים
	<input type="checkbox"/> אבטלה, מענק לחייל משוחרר
	<input type="checkbox"/> מחלת מקצוע, מיקרוטראומה, ליקוי שמיעה מתאריך _____
	<input type="checkbox"/> דמי פגיעה, דמי פגיעה למתנדבים, תאונות אישיות תאריך האירוע (חובה למלא את תאריך האירוע אליו מתייחס הייצוג): _____ *
	<input type="checkbox"/> נכות מעבודה, תגמולים למתנדבים, תלויים בנפגע עבודה שנפטר לרבות ועדות תאריך האירוע (חובה למלא את תאריך האירוע אליו מתייחס הייצוג): _____ *
	<input type="checkbox"/> נכות כללית, שירותים מיוחדים כולל ועדות
	<input type="checkbox"/> ילד נכה
	<input type="checkbox"/> אמהות (תשלומים לאחר לידה, שמירת הריון, מענקים)
	<input type="checkbox"/> נפגעי פעולות איבה
	<input type="checkbox"/> פשיטת רגל ופירוק תאגיד
	<input type="checkbox"/> אסירי ציון וחסיד אומות העולם
	<input type="checkbox"/> ועדות מס הכנסה
	<input type="checkbox"/> פיצוי לנפגעי גזת
	<input type="checkbox"/> פיצוי לנפגעי פולין

הצהרה וויתור על סודיות

אני החתום מטה, מייפה בזה את כוחו של המייצג או מייצג אחר במשרדו לייצג אותי מול הביטוח הלאומי ולקבל בשמי ובעבורי מאת המוסד לביטוח לאומי כל מידע, פרטים ומסמכים המצויים ברשותו והנוגעים אליי, בין במישרין ובין בעקיפין, בנושאים שפורטו לעיל בסעיף 4.

וויתור על סודיות

אני החתום מטה, שפרטי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ונותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו או לכל אדם אחר הפועל מטעמו או בעבורו למסור למייצג כל מידע שיבקש על אודותי והמצוי ברשותכם על מצבי הרפואי, התפקודי, הסוציאלי, או על טיפולים בתחום הפסיכיאטריה, בעבר ובהווה וכן מידע הנוגע לנכות רפואית או לנכות אחרת שנקבעה לי לפי חוק הביטוח הלאומי או לצורך ביצועו של החוק האמור.

מבלי לגרוע מהאמור לעיל אני מתיר בזה למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו או לכל אדם אחר הפועל מטעמו או בעבורו למסור למייצג כל מידע, מסמך, תעודה, חוות דעת, דוח או הערכה בדבר מצבי הבריאותי, התפקודי, הסוציאלי, השיקומי או אחר המצוי ברשות המוסד לביטוח לאומי. אני החתום מטה משחרר בזה את המוסד לביטוח לאומי ופטר אותו או כל עובד מעובדיו או כל אדם או גוף הבאים מכוחו של המוסד לביטוח לאומי מחובת שמירה על סודיות רפואית או סודיות כלשהי אחרת שלפי כל דין, ומוותר בזה על כל טענה ותביעה מכל סוג שהוא בקשר לסודיות רפואית או לסודיות אחרת, בלי יוצא מן הכלל, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע כאמור כלפי המוסד לביטוח לאומי או עובדיו או הבאים מכוחו.

תאריך _____ חתימת המבוטח המיוצג * _____

במקרה של קטין, נא למלא את פרטי ההורה/אפוטרופוס:

שם מלא _____ ת"ז _____ חתימה _____

הריני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל. _____ חתימה וחתימת המייצג * _____