



ייפוי כוח למייצג - דברי הסבר

(הטופס מיועד למייצג שאינו מקושר למערכת ייצוג לקוחות)

למיוצג (מבוטח/מעסיק)

- ☞ ייפוי כוח זה מיועד למי שמיוצג על ידי עורך דין, רואה חשבון או יועץ מס (שקיבל על כך אישור מהמוסד לביטוח לאומי).
- ☞ לתשומת לבך, רק עורך-דין רשאי לייצג אותך בפני ועדה רפואית.
- ☞ ייפוי כוח זה, אינו מיועד למי שמיוצג על ידי ידיד או קרוב משפחה. המעוניין שקרוב משפחתו או ידידו יהיה מיופה לעניין חוק הגנת הפרטיות תשמ"א-1981, החותם על ייפוי כוח זה מסכים, כי המוסד לביטוח לאומי ימסור מידע על אודותיו למייצג ולכל עובד מורשה מטעמו.
- ☞ כדי שהמייצג יהיה רשאי לקבל גם מידע רפואי, תפקודי, שיקומי או סוציאלי בענייך, עליך לחתום על כתב ויתור סודיות רפואית הנספח לטופס.
- ☞ מקבלי הבטחת הכנסה לזוג - כדי שהמייצג יהיה רשאי לקבל מידע אודותיך בנושא הבטחת הכנסה לזוג, על כל אחד מבני הזוג למלא את הטופס (בל/70). כדי שהמייצג יהיה רשאי לקבל גם מידע רפואי, תפקודי, שיקומי או סוציאלי – על כל אחד מבני הזוג למלא כתב ויתור סודיות רפואית הנספח לטופס זה.
- ☞ אם ברצונך לשנות או לבטל את ייפוי הכוח – עליך להודיע על כך מיד למוסד לביטוח לאומי בערוצים המפורטים בהמשך.
- ☞ אם נתת בעבר ייפוי כוח למייצג אחר באותו נושא, ייפוי כוח זה יבטל את ייפוי הכוח הקודם.
- ☞ לידיעתך – המוסד לביטוח לאומי שומר לעצמו את הזכות לדרוש ייפוי כוח או כתב ויתור סודיות מעודכן מעת לעת.

למייצג בנושא ביטוח וגביה ומעסיקים

- ☞ לרשותך מערכת ייצוג לקוחות. המערכת היא מערכת מאובטחת, המתחברת למחשב הביטוח הלאומי ומאפשרת למייצג המחובר לאינטרנט, לאחזר ולהזין מידע הקשור ללקוחותיו.
 - אם משרדך מחובר למערכת ייצוג לקוחות של ביטוח לאומי, עליך למלא טופס זה מתוך המערכת באופן ממוכן, להדפיסו, להחתיים את הלקוח (אפשר באמצעות פקס) ולשלוח את הטופס בדואר לכתובת: מוקד המייצגים, משרד ראשי, שד' ויצמן 13 ירושלים 91909.
 - אם אינך מחובר למערכת ייצוג לקוחות, אנא מלא טופס בקשה לחיבור למערכת ייצוג לקוחות ושלח אותו לפקס מספדו 02-6515401.
- ☞ אם משרדך אינו רשום במוסד לביטוח לאומי, אנא מלא את סעיף 2 לצורך רישומך כמייצג במוסד לביטוח לאומי.

כיצד יש להגיש את הטופס

- ☞ יש למלא את הטופס ולחתום במקומות המתאימים.
 - ☞ טופס שאינו נושא תאריך או אינו חתום על ידי המייצג והמיוצג לא יתקבל.
 - ☞ המייצג ישלח את הטופס לאחר מילוי לסניף שבו מתנהל תיק המיוצג.
 - ☞ לרשותך מגוון ערוצים להגיש את הטופס או להודיע על שינוי או ביטול של ייפוי הכוח:
 - שיגור מסמכים באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il
 - פקס
 - תיבות שירות הנמצאות בכניסה לסניף
 - דואר - יש לשלוח לכתובת של הסניף המטפל
- כתובות, מספרי פקס ומידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי

ייפוי כוח למייצג

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">מס' זהות / תיק ניכויים</p> </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> <p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0 1</div> <div style="font-size: x-small;">סוג המסמך</div> <div style="font-size: x-small;">דפים</div> </div> </div>
--

1

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

שם המייצג* <input style="width: 95%;" type="text"/>	תואר המייצג* <input type="checkbox"/> יועץ מס <input type="checkbox"/> רואה חשבון <input type="checkbox"/> עורך דין	מס' ת.ז. * .ב.0 <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	---	--

לתשומת לבך, מייצג שאינו רשום במוסד לביטוח לאומי, ימלא גם את סעיף 2 "פרטי המשרד"

2

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

שם המשרד* <input style="width: 95%;" type="text"/>	מספר תיק ניכויים בביטוח לאומי <input style="width: 95%;" type="text"/>	מספר עוסק מורשה* <input style="width: 95%;" type="text"/>
רחוב / תא דואר* <input style="width: 95%;" type="text"/>	מס' בית* <input style="width: 95%;" type="text"/>	כניסה <input style="width: 95%;" type="text"/>
דירה <input style="width: 95%;" type="text"/>	יישוב* <input style="width: 95%;" type="text"/>	מיקוד <input style="width: 95%;" type="text"/>
טלפון קווי* <input style="width: 95%;" type="text"/>	טלפון נייד* <input style="width: 95%;" type="text"/>	מס' פקס <input style="width: 95%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS

3

פרטי המיוצג – אם המיוצג הוא מבוטח, יש למלא את סעיף 3.1. אם המיוצג הוא מעסיק, יש למלא את סעיף 3.2

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

שם משפחה* <input style="width: 95%;" type="text"/>	שם פרטי* <input style="width: 95%;" type="text"/>	מספר זהות* <input style="width: 95%;" type="text"/>
---	--	--

3.2 פרטי המיוצג - המעסיק

שם המעסיק* <input style="width: 95%;" type="text"/>	מס ישות* <input style="width: 95%;" type="text"/>	מספר תיק ניכויים בביטוח לאומי * <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	--	---

3.3 מען למכתבים

רחוב / תא דואר* <input style="width: 95%;" type="text"/>	מס' בית* <input style="width: 95%;" type="text"/>	כניסה <input style="width: 95%;" type="text"/>
דירה <input style="width: 95%;" type="text"/>	יישוב* <input style="width: 95%;" type="text"/>	מיקוד <input style="width: 95%;" type="text"/>
טלפון קווי* <input style="width: 95%;" type="text"/>	טלפון נייד* <input style="width: 95%;" type="text"/>	מס' פקס <input style="width: 95%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS

נושאי ייפוי הכוח - ייפוי הכוח יחול על קבלת מידע וטיפול בנושאים הבאים:

יש לסמן עד 5 נושאים הרלוונטיים למבוטח. על המבוטח לחתום ליד כל נושא בנפרד. בהעדר חתימת המבוטח – לא תתאפשר מסירת מידע בנושא המבוקש.

לתשומת לבך: ללא חתימה על ויתור סודיות רפואית (ראה נספח לטופס זה), לא תתאפשר מסירת מידע רפואי, תפקודי, שיקומי או סוציאלי כאמור למיופה הכוח.

חתימת המבוטח*	סמן V למתן ייפוי כוח בנושא הרצוי*
	<input type="checkbox"/> נפגעי עבודה, תגמולים למתנדבים
	<input type="checkbox"/> נכות כללית, שירותים מיוחדים לנכים, ילד נכה, פיצוי לנפגעי גזת, פיצוי לנפגעי פוליו
	<input type="checkbox"/> ביטוח וגביה
	<input type="checkbox"/> ניידות
	<input type="checkbox"/> פשיטת רגל ופירוק תאגיד
	<input type="checkbox"/> דמי תאונה
	<input type="checkbox"/> נפגעי פעולות איבה
	<input type="checkbox"/> ילדים
	<input type="checkbox"/> אזרח ותיק, שאירים
	<input type="checkbox"/> סיעוד
	<input type="checkbox"/> הבטחת הכנסה
	<input type="checkbox"/> מזונת
	<input type="checkbox"/> אבטלה, מענק לחייל משוחרר
	<input type="checkbox"/> מילואים
	<input type="checkbox"/> תשלומים לאחר לידה, שמירת הריון
	<input type="checkbox"/> שיקום מקצועי
	<input type="checkbox"/> אסירי ציון וחסידי אומות העולם
	<input type="checkbox"/> דמי קבורה

אני החתום מטה, מייפה בזה את כוחו של המייצג 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:

- **ביטוח וגביה** - מידע, פרטים ומסמכים המצויים ברשותו והנוגעים אליי, בין במישרין ובין בעקיפין, לעניין עיסוקים, הכנסות ותשלום דמי ביטוח.

- **גמלאות** – מידע על גמלאות בכסף או בעין ותשלומים אחרים להם הייתי זכאי, או שאני זכאי להם או שאני עשוי להיות זכאי להם מאת המוסד לביטוח לאומי, ולגבי תביעות שהגשתי לקבלת גמלאות ותשלומים כאמור, לרבות סוג הגמלה, סכום הגמלה, הבסיס לחישוב הגמלה ורכיביה, תקופות תשלום, מועדי תשלום, יתרות לזכות ולחובה לגבי גמלאות ותשלומים כאמור. כן רשאי מיופה כוחי לקבל מידע ופרטים לגבי הטיפול בתביעתי לרבות העתקים של כתבי התביעה, שלבי הטיפול בתביעה, ההחלטות שניתנו והמידע ששימש תשתית להחלטות כאמור לרבות מידע מינהלי על ועדות רפואיות, והכל למעט מידע רפואי, תפקודי, שיקומי או סוציאלי הכלול והכרוך בהם. ידוע לי כי לצורך קבלת מידע רפואי, תפקודי, שיקומי או סוציאלי הכלול והכרוך בהם - עליי למלא ולחתום על כתב ויתור סודיות רפואית (מצורף כנספח לטופס זה).

אני החתום מטה משחרר בזה את המוסד לביטוח לאומי ופוטר אותו או כל עובד מעובדיו או כל אדם או גוף הבאים מכוחו של המוסד לביטוח לאומי מחובת שמירה על סודיות המידע שלפי כל דין. ועל כן לא תהיה לי כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע כאמור, כלפי המוסד לביטוח לאומי או כלפי עובדיו או הבאים מכוחו.

תאריך

_____ x

חתימה וחותמת המעסיק

_____ x

חתימה וחותמת המייצג

_____ x

חתימת המבוטח

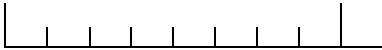
חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי


כתב ויתור סודיות רפואית למייצג
נספח לטופס ייפוי כוח

שדות המסומנים בכוכבית * הם שדות חובה

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

שם המייצג*	תואר המייצג* <input type="checkbox"/> יועץ מס <input type="checkbox"/> רואה חשבון <input type="checkbox"/> עורך דין	מס' ת.ז. * ב.0 
------------	---	--

פרטי המבוטח

מספר זהות/דרכון*	שם פרטי*	שם משפחה*
		

הצהרה

אני החתום מטה, שפרטיי 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 אודותיי 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 משחרר בזה את המוסד לביטוח לאומי ופותר 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, 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 * _____ שם המבוטח _____ חתימת המבוטח * _____