



## 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, 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 כוחו בפני המוסד, עליו למלא טופס ייפוי כוח לידיד או לקרוב משפחה-בל/73.
- ☞ 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 בעניינך, עליך לחתום על כתב ויתור סודיות רפואית הנספח לטופס.
- ☞ כדי שהמייצג יהיה רשאי לקבל מידע אודותיך בנושא הבטחת הכנסה לזוג – על שני בני הזוג לחתום על ייפוי הכח. כדי שהמייצג יהיה רשאי לקבל גם מידע רפואי, תפקודי, שיקומי או סוציאלי במסגרת תביעה להבטחת הכנסה – על שני בני הזוג לחתום על כתב ויתור סודיות רפואית הנספח לטופס.
- ☞ אם אינך מעוניין שהמייצג ימשיך לייצג אותך בפני המוסד לביטוח לאומי או במקרים של שינויים בפרטי המייצג או בפרטי ייפוי הכוח – עליך להודיע על כך מיד למוסד לביטוח לאומי באמצעות הערוצים המפורטים בהמשך.
- ☞ ייפוי כוח זה מבטל כל ייפוי כוח קודם לאותו נושא. 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

- ☞ 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, להחתים את הלקוח (אפשר באמצעות פקס) ולשלוח את הטופס בדואר לכתובת: מוקד המייצגים, משרד ראשי, שד' ויצמן 13 ירושלים 91909.
- ☞ אם משרדך אינו רשום במוסד לביטוח לאומי, אנא מלא את סעיף 2 לצורך רישומך כמייצג במוסד לביטוח לאומי.
- ☞ אם אינך מחובר למערכת ייצוג לקוחות, אנא מלא **טופס בקשה לחיבור למערכת ייצוג לקוחות** ושלח אותו לפקס שמספרו 02-6515401.

### כיצד יש להגיש את הטופס

- ☞ על המייצג והמיוצג (המבוטח או המעסיק), למלא את הטופס ולחתום במקומות המתאימים.
- ☞ טופס שאינו נושא תאריך או אינו חתום על ידי המייצג והמיוצג לא יתקבל.
- ☞ מייצג ישלח את הטופס לאחר מילוי לסניף שבו מתנהל תיק המיוצג.
- ☞ לרשותך מגוון ערוצים להגיש את הטופס או להודיע על הקפאה, עדכון או ביטול של ייפוי הכוח:
  - דואר - יש לשלוח לכתובת הסניף המתפל.
  - תיבות השירות הנמצאות בכניסה לסניף.
  - פקס.

☞ כתובות, מספרי טלפון ומידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



### תכולת ייפוי הכוח – ייפוי הכוח יחול על הנושאים הבאים:

- ☞ ליד כל נושא רלוונטי, אנא מלא את המשבצת המתאימה בעמודה א' או ב'. יש לסמן רק את הנושאים הרלוונטיים לייפוי הכוח.
- ☞ סימון עמודה א' באחד מסעיפים 1 - 3 פירושו גם כי אני מייפה בזה את כוחו של המייצג להזרים דוחות ופרטים אחרים לעניין עיסוקים, הכנסות ותשלום דמי ביטוח.
- ☞ סימון עמודה א' באחד מסעיפים 4 - 11 פירושו כי אני מייפה בזה את כוחו של המייצג לייצג אותי מול המוסד לביטוח לאומי ולקבל בשמי ועבורי מאת המוסד לביטוח לאומי כל מידע, פרטים ומסמכים המצויים ברשותו והנוגעים אליי, בין במישרין ובין בעקיפין, לגבי 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, והכל למעט מידע רפואי, תפקודי, שיקומי או סוציאלי הכלול והכרוך בהם.
- ☞ סימון עמודה ב' משמעותו כאמור לעיל, לרבות קבלת מידע רפואי, תפקודי, שיקומי או סוציאלי הכלול והכרוך בהם. לשם כך יש למלא ולחתום על כתב ויתור סודיות רפואית בסעיף (מצורף כנספח לטופס זה).
- לתשומת לבך: סימון עמודה ב' ללא חתימה על ויתור סודיות רפואית לא תאפשר מסירת מידע רפואי, תפקודי, שיקומי או סוציאלי כאמור למייצג.

| ב                                   | א  | נושא הייצוג/התביעה   |    |
|-------------------------------------|--|--|----|
| ייפוי כוח כללי, לרבות מידע רפואי ** | ייפוי כוח כללי (לרבות מידע מנהלי על ועדות רפואיות) |  |    |
| <b>ביטוח וגבייה</b>                 |  |  |    |
| לא רלוונטי                          | <input type="checkbox"/>                           | קבלת מידע וביצוע פעולות בנושא ביטוח וגבייה: פרטים אישיים, עיסוקים, הכנסות, ותושבות.  | 1  |
| לא רלוונטי                          | <input type="checkbox"/>                           | קבלת מידע וטיפול בהחזר דמי ביטוח <b>לשכיר בלבד</b><br><b>הערה:</b> ייפוי הכוח לעניין החזר דמי ביטוח, תקף לשנת המס הנוכחית בלבד.                                | 2  |
| לא רלוונטי                          | <input type="checkbox"/>                           | קבלת מידע וטיפול בהחזר דמי ביטוח <b>למעסיק בלבד</b><br><b>הערה:</b> ייפוי הכוח לעניין החזר דמי ביטוח, תקף לשנת המס הנוכחית בלבד.                               | 3  |
| <b>גמלאות</b>                       |  |  |    |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                           | ייצוג בפני ועדה רפואית (על ידי עורך-דין בלבד) נכות מעבודה או נכות כללית או שירותים מיוחדים או ילד נכה או נפגעי פעולות איבה או אסירי ציון או מס הכנסה.          | 4  |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                           | קבלת מידע בנושא מילואים או אבטלה או אמהות(שמירת הריון, דמי לידה) או דמי פגיעה או דמי תאונה.  | 5  |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                           | קבלת מידע וטיפול בנושא הבטחת הכנסה.  | 6  |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                           | קבלת מידע וטיפול בנושא קצבת ילדים.   | 7  |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                           | קבלת מידע וטיפול בנושא דמי מזונות.   | 8  |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                           | קבלת מידע וטיפול בנושא: נכות מעבודה או נכות כללית או שירותים מיוחדים או ניידות או שיקום או ילד נכה או נפגעי איבה או נפגעי גזת או נפגעי עירו דם או נפגעי פוליו. | 9  |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                           | קבלת מידע וטיפול בנושא סיעוד או זקנה או שאירים או דמי קבורה.   | 10 |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                           | קבלת מידע וטיפול בנושא אסירי ציון או חסידי אומות העולם.  | 11 |

\*\* יש לחתום על ויתור סודיות רפואית

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 פרטים ומסמכים המצויים ברשותו והנוגעים אליי, בין במישרין ובין בעקיפין, בנושאים שפורטו לעיל.

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

חתימת המבוטח

x

חתימה וחתימת המייצג

x

חתימה וחתימת המעסיק

