



עמוד 1 מתוך 2

לשימוש המוסד (סריקה)

מס' ת. זהות / מס' תיק ניכויים									
סוג המסמך		דפים							
01									

יפוי כח למייצגת

עפ"י חוק הביטוח הלאומי - ייצוג בפני המוסד, סעיף 386.
"לא ייצוג אדם בפני המוסד אלא ע"י עורך דין, רואה חשבון, ידיד קרוב, נציג ארגון עובדים או מעבידים, נציג ארגון של ישובים חקלאיים, או אדם אחר שנתקיימו בו התנאים שנקבעו לכך". כמו כן, רשאי לייצג יועץ מס מוסמך שקיבל אישור לכך מהמוסד לביטוח לאומי.

פרטי המשרד המייצגת

מס' תיק ניכויים	שם המשרד
	קלאון-כולי תלמי
תואר המייצגת	שם המייצגת (פרטי ומשפחה)
רחוב	רחוב
רחוב	רחוב
תא דואר	תא דואר
תא דואר	תא דואר
מס' טלפון	מס' טלפון
מס' תיק ניכויים	מס' תיק ניכויים
מס' עוסק מורשה	מס' עוסק מורשה
מס' תעודת זהות	מס' תעודת זהות
מיקוד	מיקוד
מיקוד תא דואר	מיקוד תא דואר
מס' פקס	מס' פקס
תואר וחתימת המייצגת	תואר וחתימת המייצגת
רחוב	רחוב
רחוב	רחוב
תא דואר	תא דואר
תא דואר	תא דואר
מס' טלפון	מס' טלפון
מס' טלפון	מס' טלפון

פרטי המעסיקה

שם המעסיק	שם המעסיק
מס' תיק ניכויים	מס' תיק ניכויים
מס' עוסק מורשה	מס' עוסק מורשה
רחוב	רחוב
רחוב	רחוב
מס' בית	מס' בית
מיקוד	מיקוד
מס' טלפון	מס' טלפון
מס' טלפון	מס' טלפון

פרטי המבוטח/ת

שם פרטי	שם משפחה
שם פרטי	שם משפחה
מס' תעודת זהות	מס' תעודת זהות
שנת לידה	שנת לידה
רחוב	רחוב
רחוב	רחוב
מס' בית	מס' בית
מיקוד	מיקוד
מס' טלפון	מס' טלפון
מס' טלפון	מס' טלפון

מידע בנושא ביטוח וגבייה למבוטח / למעסיק

אני החתום מטה מייפה בזה את כוחו של המייצגת לייצג אותי מול הביטוח הלאומי, לענין דמי ביטוח והכנסות וכן הזרמת דוחות ופרטים אחרים לענין עיסוקים, הכנסות ותשלום דמי ביטוח.

חתימת המבוטח/ת _____ תאריך _____ חתימה וחתימת המעסיקה _____

מידע בנושא גמלאות למבוטח / למעסיק

אני הח"מ מייפה בזה את כוחו של המייצגת לקבל בשמי ובעבורי מאת המוסד לביטוח לאומי ו/או מאת עובד מעובדיו ו/או מאת כל אדם או גוף הבאים בשמו ומכוחו של המוסד לביטוח לאומי, כל מידע, פרטים ומסמכים המצויים ברשותם והנוגעים אלי, בין במישרין ובין בעקיפין, לגבי גמלאות, בכסף או בעין, ותשלומים אחרים שהגיעו לי, או המגיעים לי או העשויים להגיע לי מאת המוסד לביטוח לאומי ולגבי תביעות שהגשתי לקבלת גמלאות ותשלומים כאמור לרבות סוג הגמלה, סכום הגמלה, הבסיס לחישובה ורכיביה, תקופת תשלום ומועדי התשלום, יתרות לזכות ולחובה לגבי גמלאות ותשלומים כאמור.

כן רשאי מיופה כוחי, לקבל מידע ופרטים לגבי הטיפול בתביעתי לרבות העתקים של כתבי התביעה, שלב הטיפול בתביעה, ההחלטות שניתנו והמידע ששימש תשתית להחלטות כאמור, והכול למעט מידע רפואי, תפקודי, שיקומי או סוציאלי הכלול והכרוך בהם.

הריני משחרר(ת) ופותר(ת) בזה את המוסד לביטוח לאומי ו/או כל עובד מעובדיו ו/או כל אדם או גוף הבאים מכוחו של המוסד לביטוח לאומי מחובת השמירה על סודיות המידע שלפי כל דין ועל כן לא תהיה לי כל טענה ותביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור, כלפי המוסד לביטוח לאומי ו/או אל עובדיו ו/או הבאים מכוחו.

חתימת המבוטח/ת _____ תאריך _____ חתימה וחתימת המעסיקה _____

יפוי כוח זה מהווה הסכמה לענין חוק הגנת הפרטיות תשמ"א - 1981 למסור מידע כאמור למייצג שלעיל ולכל מורשה לשימוש כמשמעותו בהסכם שבין המייצג לבין המוסד לביטוח לאומי.
לידיעתך, יפוי כוח זה מבטל כל יפוי כוח קודם אם הוגש כזה.