



## יפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות - דברי הסבר

### למיוצג (מבוטח)

- ✍ יפוי כוח וויתור סודיות זה מיועד למי שמיוצג על ידי עורך דין, רואה חשבון או יועץ מס.
- ✍ לתשומת לבך, רק עורך-דין רשאי לייצג אותך בפני ועדה רפואית.
- ✍ יפוי כוח זה אינו מיועד למי שמיוצג בנושא הביטוח והגבייה, לייצוג בנושא ביטוח וגביה יש למלא טופס (בל/70).
- ✍ לעניין חוק הגנת הפרטיות תשמ"א-1981, החותם על יפוי כוח זה מסכים, כי המוסד לביטוח לאומי ימסור מידע על אודותיו למייצג ולכל עובד מורשה מטעמו – לרבות כל מידע רפואי, תפקודי, שיקומי או סוציאלי.
- ✍ מקבלי הבטחת הכנסה **לזוג** - כדי שהמייצג יהיה רשאי לקבל מידע אודותיו בנושא הבטחת הכנסה לזוג, **על כל אחד מבני הזוג למלא את טופס זה.**
- ✍ אם ברצונך לשנות או לבטל את יפוי הכוח – עליך להודיע על כך מיד למוסד לביטוח לאומי בערוצים המפורטים בהמשך.
- ✍ אם נתת בעבר יפוי כוח למייצג אחר באותו נושא, יפוי כוח זה יבטל את יפוי הכוח הקודם.
- ✍ **לידיעתך – המוסד לביטוח לאומי שומר לעצמו את הזכות לדרוש יפוי כוח וויתור סודיות מעודכן מעת לעת.**

### למייצג

- ✍ **מומלץ להתחבר למערכת מייצגים בגמלאות על מנת לקבל שירותים דיגיטליים באופן מקוון בכתובת:** [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il) << מערכת מייצגים בגמלאות
- השירותים כוללים: גישה לאתר האישי של המיוצג (בכפוף להסכמתו), שליחת פניות מקוונות לסניף והצגת תשובותיהן, קבלת מכתבים באופן מרוכז באמצעות המייל והמערכת.
- אם בחרת להתחבר דרך המערכת המקוונת – יפוי הכוח יוזן באופן מקוון ואין צורך להעביר אלינו יפוי כוח ידני.
- ✍ **שליחת יפוי כוח ידני - תאפשר את רישומך כמייצג במערכת, אבל לא תאפשר קבלת שירותים דיגיטליים.**

### כיצד יש להגיש את הטופס

- ✍ יש למלא את כל הסעיפים בטופס ולחתום במקומות המתאימים.
- טופס שאינו נושא תאריך או אינו חתום על ידי המייצג והמיוצג לא יתקבל.
- ✍ באפשרותך להגיש את יפוי הכוח בדרכים הבאות:
  - בכתובת המייל : [yipuykoch.gim@nioi.gov.il](mailto:yipuykoch.gim@nioi.gov.il)
  - בסניפי הביטוח הלאומי
- לתשומת ליבך: עדיף ומומלץ לשלוח את יפוי הכוח באופן מקוון באמצעות מערכת המייצגים בגמלאות**



## המוסד לביטוח לאומי

מס' זהות / תיק ניכויים

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

סוג המסמך

|   |   |
|---|---|
| 0 | 1 |
|---|---|


דפים

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

## ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג

1

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

| שם משפחה * | שם פרטי * | מס' זהות *  |
|------------|-----------|---|
|            |           |  |

2

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

|  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |                |  |  |  |              |  |  |  |             |  |  |                               |             |  |  |  |              |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------|--|--|----------------|--|--|--|--------------|--|--|--|-------------|--|--|-------------------------------|-------------|--|--|--|--------------|--|--|--|--|
| <b>*שם המשרד</b>   |  |  |  |  |  | <b>שם המייצג העומד בראש המשרד</b> |  |  |                |  |  |  |              | <b>מס' זהות המייצג העומד בראש המשרד*</b>                       |  |  |             |  |  |                               |             |  |  |  |              |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |                |  |  |  |              | <div style="text-align: center;">                       </div> |  |  |             |  |  |                               |             |  |  |  |              |  |  |  |  |
| <b>רחוב / תא דואר</b>                                      |  |  |  |  |  |                                   |  |  | <b>מס' בית</b> |  |  |  | <b>כניסה</b> |  |  |  | <b>דירה</b> |  |  |                               | <b>ישוב</b> |  |  |  | <b>מיקוד</b> |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |                |  |  |  |              |  |  |  |             |  |  |                               |             |  |  |  |              |  |  |  |  |
| <b>טלפון במשרד*</b>  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |                | <b>טלפון נוסף</b>  |  |  |              |  |  |  |             |  |  | <b>דואר אלקטרוני של המשרד</b> |             |  |  |  |              |  |  |  |  |
| <div style="text-align: center;">                   </div> |  |  |  |  |  |                                   |  |  |                | <div style="text-align: center;">                   </div> |  |  |              |  |  |  |             |  |  |                               |             |  |  |  |              |  |  |  |  |

3

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

|                         |   |                  |
|-------------------------|---|------------------|
| <p>שם המייצג במשרד*</p> | <p>תואר המייצג במשרד*</p> <p><input type="checkbox"/> עורך דין    <input type="checkbox"/> יועץ מס</p> <p><input type="checkbox"/> רואה חשבון</p> | <p>מס' זהות*</p> |
|                         |   |                  |

**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.

| סמן V למתן ייפוי כוח בנושא הרצוי. על המיוצג לחתום לצד כל נושא במקום המתאים*  | חתימת המיוצג* |
|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> נידודת  |               |
| <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, מיקרטרואומה, ליקוי שמיעה מתאריך _____   |               |
| <input type="checkbox"/> דמי פגיעה, דמי פגיעה למתנדבים, תאונות אישיות<br>תאריך האירוע (חובה למלא את תאריך האירוע אליו מתייחס הייצוג): _____, *                       |               |
| <input type="checkbox"/> נכות מעבודה, תגמולים למתנדבים, תלויים בנפגע עבודה שנפטר לרבות ועדות<br>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 וחסידי 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, 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 החתום מטה משחרר בזה את המוסד לביטוח לאומי ופוסט 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 \*