

המוסד לביטוח
לאומי
מערכת ייצוג
לקוחות
באינטרנט

ט ו פ ס
ייפוי כוח למייצג/ת



מס' תיק מייצג/ת
(לשימוש משרדי בלבד)

תאריך הדפסה:
מועד אחרון להגשה:

יש לשלוח את הטופס
החתום באמצעות שירות
"שידור טופס ייפוי כוח"
במערכת ייצוג לקוחות,
או לפקס: 02 6463300

מס' אסמכתא:

עפ"י חוק הביטוח הלאומי (ייצוג בפני המוסד, סעיף 386) -
"לא ייוצג אדם בפני המוסד אלא ע"י עורך דין, רואה חשבון, יועץ מס, ידיד קרוב, נציג ארגון עובדים או מעבידים, נציג ארגון
של ישובים חקלאיים, או אדם אחר שנתקיימו בו התנאים שנקבעו לכך".

פרטי המשרד המייצג/ת:

שם המשרד: פאנדאפ, החזרי מס, טל' 9655* ענוד'		
שם המייצג/ת: סובול מיכאל	תואר המייצג/ת: יועץ מס	מס' זהות המייצג/ת: 33994849
כתובת המשרד: שדרות יחזקאל 11	ישוב: מודיעין עילית	מיקוד: 7183413

פרטי המבוטח/ת:

שים לב !!!
טופס שאינו חתום או
שישלח לאחר 13/04/2023
לא יטופל.

שם פרטי:	שם משפחה:
מס' תעודת זהות:	שנת לידה:

מידע בנושא ביטוח וגבייה למבוטח/ת

אני החתום מטה מייפה בזה את כוחו של המייצג/ת לייצג אותי מול הביטוח הלאומי לעניין דמי ביטוח והכנסות וכן הזרמת דוחות ופרטים אחרים לעניין עיסוקים, הכנסות ותשלום דמי ביטוח.
X _____ חתימת המבוטח/ת

מידע בנושא גמלאות למבוטח/ת

אני הח"מ מייפה בזה את כוחו של המייצג/ת 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, תקופות 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 שלפיו 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.
X _____ חתימת המבוטח/ת

ייפוי כוח זה מהווה הסכמה לעניין חוק הגנת הפרטיות תשמ"א - 1981 למסור מידע כאמור למייצג שלעיל ולכל מורשה
לשימוש כמשמעותו בהסכם שבין המייצג לבין המוסד לביטוח לאומי.
לידיעתך, ייפוי כוח זה מבטל כל ייפוי כוח קודם אם הוגש כזה.
תוקף ייפוי כוח של מי שהינו שכיר בלבד הינו לשנתיים מיום ההגנה.