



יפויי כח למייצג

דברי הסבר

לידיעתך

- ↪ עפ"י חוק הביטוח הלאומי, סעיף 386 – לא ייוצג אדם בפני המוסד אלא ע"י עו"ד, 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 מהמוסד לביטוח לאומי.
- ↪ יפויי כח זה מהווה הסכמה לעניין חוק הגנת הפרטיות תשמ"א – 1981, למסור מידע כאמור למייצג ולכל מורשה לשימוש כמשמעותו בהסכם שבין המייצג למוסד לביטוח לאומי.
- ↪ יפויי כח זה, מבטל כל יפויי כח קודם, אם הוגש כזה.
- ↪ במקרה של ביטול ייצוג או שינויים בפרטי המייצג – יש להודיע על כך בכתב לסניף בו מתנהל תיקך.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ↪ יפויי כח זה נותן המייצג (מבוטח או מעסיק), למייצגו (עו"ד, רואה חשבון או יועץ מס מוסמך המורשה לייצג), לפיו יורשה המייצג לקבל ולמסור מידע בנוגע לתשלום דמי ביטוח והכנסות המיוצג ו/או בנוגע לגמלאות.
- ↪ **אם הינך מייצג המקושר למערכת ייצוג הלקוחות של המוסד לביטוח לאומי באינטרנט** המשרתת מייצגים, נא להנפיק יפויי כח ממערכת המייצגים, להחתימו כנדרש ולשלוח אותו ל: המוסד לביטוח לאומי, החטיבה לשירותים טכנולוגיים – לכתובת המופיעה בראש הטופס מימין.
- ↪ **אם אינך מקושר למערכת המייצגים**, נא לשלוח את הטופס לאחר המילוי לסניף בו מתנהלת רשומת המבוטח או המעסיק.
- ↪ אם ברצונך להתחבר למערכת ייצוג הלקוחות של המוסד לביטוח לאומי באינטרנט המשרתת מייצגים, נא לפנות למוקד מייצגים טל' 6463251 – 02.
- ↪ לפרטים נוספים, אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגבייה

<table border="1"> <tr> <td colspan="10">מס' זהות / תיק ניכויים</td> </tr> <tr> <td colspan="2">סוג המסמך</td> <td colspan="2">דפים</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		מס' זהות / תיק ניכויים										סוג המסמך		דפים				0	1					לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / תיק ניכויים																								
סוג המסמך		דפים																						
0	1																							

יפויי כח למייצג

1

פרטי המשרד המייצג

שם המשרד המייצג		מס' תיק ניכויים		מס' עוסק מורשה	
שם המייצג		מס' ת.ז.		דואר אלקטרוני	
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
דירה		יישוב		מיקוד	
טלפון קווי		טלפון נייד		מס' פקס	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					

2

פרטי המבוטח

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות	
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
דירה		יישוב		מיקוד	

3

פרטי המעסיק

שם המעסיק		מס' עוסק מורשה		מספר תיק ניכויים	
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
דירה		יישוב		מיקוד	

הצהרה

אני הח"מ מייפה בזה את כוחו של המייצג,
 לייצג אותי מול הביטוח הלאומי לעניין דמי ביטוח והכנסות וכן הזרמת דוחות ופרטים אחרים לעניין עיסוקים, הכנסות ותשלום דמי ביטוח.
 לקבל בשמי ובעבורי מאת 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 להגיע לי מאת המוסד לביטוח לאומי ולגבי תביעות שהגשתי לקבלת גמלאות ותשלומים כאמור לרבות סוג הגמלה, סכום הגמלה, הבסיס לחישוב ורכיביה, תקופות תשלום ומועדי התשלום, יתרות לזכות ולחובה לגבי גמלאות ותשלומים כאמור.
 כן רשאי מיפה 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.
 הריני משחרר ופוטר 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 המידע כאמור, כלפי המוסד לביטוח לאומי ו/או אל עובדיו ו/או הבאים מכוחו.

חתימת המבוטח
 חתימה וחתימת המייצג
 חתימה וחתימת המעסיק