



ייפוי כוח למייצג בנושאי ביטוח וגבייה - דברי הסבר

למיוצג (מבוטח/מעסיק)

- ☞ ייפוי כוח זה מיועד למי שמיוצג בנושאי ביטוח וגבייה על ידי עורך דין, רואה חשבון או יועץ מס.
- ☞ 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.
- ☞ אם ברצונך לשנות או לבטל את ייפוי הכוח – עליך להודיע על כך מיד למוסד לביטוח לאומי באמצעות הערוצים המפורטים בהמשך.
- ☞ 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 מעודכן מעת לעת.** תוקף ייפוי הכח של עובד שכיר בלבד, הוא לשנתיים מיום ההזנה.

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, להחתיים את הלקוח (אפשר באמצעות פקס) ולשלוח את הטופס.
- ☞ 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](#).

כיצד יש להגיש את הטופס

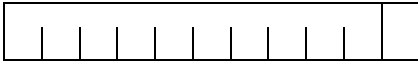


- ☞ על המייצג והמיוצג (המבוטח או המעסיק), למלא את הטופס ולחתום במקומות המתאימים. טופס שאינו נושא תאריך או אינו חתום על ידי המייצג והמיוצג לא יתקבל.
- ☞ מייצג ישלח את הטופס לאחר מילוי לסניף שבו מתנהל תיק המיוצג.
- ☞ לרשותך מגוון ערוצים להגיש את הטופס או להודיע על עדכון או ביטול של ייפוי הכוח:
 - דואר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

כתובות, מספרי פקס ומידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי
www.btl.gov.il

טופס זה מנוסח בלשונו זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



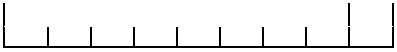
המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגבייה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / תיק ניכויים 	
סוג המסמך 	דפים 

ייפוי כוח למייצג

1





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

שם המייצג * <input type="checkbox"/> תואר המייצג * <input type="checkbox"/> עורך דין <input type="checkbox"/> יועץ מס <input type="checkbox"/> רואה חשבון	מס' ת.ז. * ב.ס. 
--	---

לתשומת לבך, מייצג שאינו רשום במוסד לביטוח לאומי, ימלא גם את סעיף 2 "פרטי המשרד"

2





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

שם המשרד * 	מספר תיק ניכויים בביטוח לאומי 	מספר עוסק מורשה * 
רחוב / תא דואר * מס' בית * כניסה דירה יישוב * מיקוד	טלפון * 	מס' פקס 
דואר אלקטרוני @ _____		

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת

3

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

שם משפחה * שם פרטי * 	מספר זהות * ב.ס. 
טלפון קווי 	טלפון נייד * 

4

פרטי המעסיק המיוצג

שם המעסיק * 	מספר תיק ניכויים בביטוח לאומי * 
טלפון קווי 	טלפון נייד * 

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 המצויים ברשותו והנוגעים אליי, בין במישרין ובין בעקיפין, לעניין עיסוקים, הכנסות, תשלום דמי ביטוח וגמלאות מחליפות שכר.

אני החתום מטה משחרר בזה את המוסד לביטוח לאומי ופוטר אותו או כל עובד מעובדיו או כל אדם או גוף הבאים מכוחו של הביטוח הלאומי מחובת שמירה על המידע שלפי כל דין, על כן, לא תהיה כל טענה ותביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע כאמור, כלפי הביטוח הלאומי או עובדיו או הבאים מכוחו.

תאריך * _____ חתימת המבוטח * _____

חתימת וחותמת המייצג * _____ חתימה וחותמת המעסיק * _____