



37292240

טופס
ייפוי כוח למייצג/ת

מערכת ייצוג לקוחות באינטרנט

תאריך הדפסה: 14/11/2021
מועד אחרון להגשה: 14/12/2021

יש לשלוח את הטופס החתום באמצעות
אתר ניהול משרד המייצגים

פרטי המשרד המייצג

שם המשרד:	עו"ד אריאל פרייברג	כתובת:
שם המייצג/ת:	פרייברג אריאל	ת.ז. המייצג/ת: 066630930
דוא"ל:		טלפון:

פרטי המבוטח/ת

שם המבוטח: אלקרינאוי אימאן
ת.ז. המבוטח: 209528462

הגמלאות שנבחרו לייצוג

21 דמי פגיעה/ד.פ. למתנדבים, תאונות אישיות - תאריכי אירוע: 24/07/2020

22 נכות מעבודה, תגמול למתנדבים, נפגע עבודה שנפטר - תאריכי אירוע: 24/07/2020

הצהרה וויתור על סודיות

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, בנושאים שפורטו לעיל.

ויתור 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 מאשר/ת למייצג הנ"ל להיכנס לאתר האישי של הביטוח הלאומי ולצפות בנתונים שלי.

אני החתום מטה משחרר בזה את המוסד לביטוח לאומי ופותר 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 קשר למסירת המידע כאמור כלפי המוסד לביטוח לאומי או עובדיו או הבאים מכוחו.

חתימה וחותמת המייצג

חתימת המבוטח

תאריך

14/11/2021

הריני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

אלקרינאוי אימאן