

ייפוי כוח

אני הח"מ _____ ת"ז _____ מ _____, ממנה בזה את
עוה"ד קורין גיפס-פסקר ו/או שמואל זולדן ואח' להיות באי כוחי ולהופיע ולפעול עבורי ובשמי ובמקומי לפני
בעניין _____

מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל, יהיו באי כוחי רשאים לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולן
ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו, כדלקמן:

1. לעשות בשמי את כל הפעולות הדרושות בקשר לניהול המשפט הנ"ל ו/או לטיפול בעניין הנ"ל, ובכלל זה לנקוט את כל הפעולות ולחתום על כל מסמך בלי יוצא מן הכלל אשר ימצאו לנכון בכל ענין הנובע מהעניין הנ"ל.
2. לנהל את הטיפול המשפטי בעניין הנ"ל לפי ראיות עיניהם ובכלל זה לעשות את כל הצעדים שימצאו לנכון ומועיל בקשר עם העניין הנ"ל.
3. לחתום על ולהגיש כל כתב טענות לרבות תביעה, תביעה שכנגד, כתב הגנה, בקשה, תשובה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, ערר, הודעה, טענה, תובענה, הודעה לצדדי ג', המרצת פתיחה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מההליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל, ובכלל זה לקבוע שאלות השנויות במחלוקת, לבקש פרטים, לבקש רשות לשינוי כתבי טענות ותיקונים, לבקש עיקולים זמניים ואישורים, מנוי מקבל נכסים, לשלוח הודעות פשיטת רגל, לבקש צירוף צד ג', לבקש רשות להצטרף בתור צד ג', לבקש איחוד תובענות, לשלוח הודעות, התראות או הזמנות, לקבוע דיונים, לבקש הארכת מועדים ודחיות, לקבל הודעות והזמנות, להזמין עדים ולחקרם, לנהל ולקיים הליכים מקדמיים, לנהל מו"מ, לבוא לידי פשרות והסכמים, לבטל כל הליכים משפטיים או להפסיקם, לקבל כספים ולתת פטורים חלקיים או מלאים, להגיש קובלנות, ולעשות את כל הפעולות המשפטיות האדמיניסטרטיביות ואלו של הוצאה לפועל, לרבות לבקש עיכוב הוצאה לפועל בקשר עם נושאי ייפוי כוח זה.
4. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פירוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהעניין הנ"ל.
5. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לעניין הנ"ל.
6. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בתי המשפט, בתי דין למינהם או מסודות אחרים, הן ממשלתיים והן אחרים עד לדרגה אחרונה.
7. לפנות לכל בית משפט, בית דין, יחידת משטרה, יחידת שירות בתי הסוהר, רשות המיסים, המכס, משרד התחבורה או כל מוסד אחר, הן ממשלתי והן אחר בקשר לייצוגי הנ"ל ולקבל מהם כל מידע עלי.
8. לפנות לכל בנק ולקבל ממנו מידע על חשבונותיי אצלו הנוגעים לעניין הנ"ל.
9. למסור כל עניין הנוגע מהעניין הנ"ל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבאת כוחי תמצא לנכון ולמועיל.
10. להתפשר בכל עניין הנוגע או הנובע מהעניינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתה של באת כוחי ולחתום על פשרה כזו בביהמ"ש או מחוצה לו.
11. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהעניינים הנ"ל לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבאת כוחי תמצא לנכון ולמתאים.
12. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
13. להופיע בשמי ולייצגני בפני רושם הקרקעות, בלשכת הרישום מקרקעין, לחתום בשמי במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עסקה (דיספוזיציה) המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
14. לייצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות ורשם אגודות שיתופיות, לחתום בשמי במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או מחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.
15. להודות ו/או לכפור בשמי בהליכים פליליים.
16. להרשות לעו"ד אחרים לשמש תחתיהם בכל משא ומתן משפטי לפי ייפוי כוח זה ולחתום על כל המסמכים הדרושים ו/או המועלים בקשר אליו ולהעביר ייפוי כוח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר.
17. הנני מוותר על ההגנות המסורות לי לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 ומבקש מכל בעל מאגר מידע או מחזיקו לאפשר לבאת כוחי הנ"ל לעיין במידע אודותי והמצוי אצלם.

ולראיה באתי על החתום, היום - יום _____ בחודש _____ בשנה _____.

חלקוק

עורך הדין

הנני מאשר/ת את חתימת מרשי הנ"ל:

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

חלק א'

אני החתום/מה מטה : (במקרה של קטין/חסוי יירשמו פרטיו):

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מספר בית	עיר	מיקוד
טלפון			
נותן/נת בזאת רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות חולים, בתי חולים, מרפאות לבריאות הנפש, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של מוסד לבטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או לחיל הרפואה ו/או למשטרת ישראל ו/או לכל מוסד בנקאי ו/או למשרד הביטחון ו/או לשכות הגיוס ו/או לשלישות הראשית ו/או לרשויות צה"ל ו/או למשרד החינוך ו/או למשרד העבודה/התעסוקה ו/או למשרד הבריאות ו/או לרשויות הרווחה ו/או לאגף שיקום בביטוח הלאומי ו/או למעסיקיי בעבר בהווה ובעתיד ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לקרנות הפנסיה לרבות מבטחים הותיקה ו/או החדשה ו/או קרן מקפת ו/או לקג"מ ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לקרנית ו/או לסוכנות היהודית ו/או לכל מוסד ו/או גוף באשר הוא, למסור לעוה"ד _____ ו/או למי מטעמם ו/או לכל אדם אחר ו/או גוף אחר הבא מכוחם (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים, בין היתר, בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים, לרבות פריטים פתולוגיים ו/או קבלת פרפרטים היסטו-פתולוגיים ו/או דגימות פתולוגיות ו/או סלידיים ו/או קבלת פרטים על תשלומים שקיבלתי ו/או אחיה זכאית לקבל, פרטים ו/או חוות דעת על המרשם הפלילי ו/או מצבי הבריאותי ו/או הנפשי ו/או הסוציאלי ו/או הכלכלי ו/או הכללי ו/או ההתנהגותי ו/או התפקודי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או קבלת פרפרטים היסטו-פתולוגיים ו/או דגימות פתולוגיות ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.			

אני משחררת בזאת את כל המוסדות הנ"ל, לרבות קופות החולים ו/או צה"ל ו/או משטרת ישראל ו/או כל מוסד בנקאי ו/או המל"ל ו/או קרנות הפנסיה לרבות מבטחים הותיקה ו/או החדשה ו/או קרן מקפת ו/או קג"מ ו/או כל חברות הביטוח ו/או קרנית ו/או הסוכנות היהודית ו/או משרד הביטחון ו/או לשכת הגיוס ו/או לשלישות הראשית ו/או משרד החינוך ו/או משרד התעסוקה ו/או משרד הבריאות ו/או רשויות הרווחה ו/או מעסיקיי, ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים/מרפאות כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, בחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לעברי הפלילי ו/או למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הכלכלי ו/או הכללי ו/או ההתנהגותי ו/או התפקודי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע ו/או רשימה מכל תיק שנפתח על שמי, בין היתר, אצל נותני השירותים שפורטו דלעיל, כולל מידע על התשלומים ששילמתי ו/או תשלומים ששולמו לי, וכן תשלומים ששילמתי ושהמוסד לבטוח לאומי שילם ומשלם לי בענפים השונים במוסד לביטוח לאומי ו/או רציפות ביטוח עצמאיים ו/או רציפות ביטוח ו/או ענף גבייה במוסד לביטוח לאומי.

הנני מוותרת/על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות דלעיל, לרבות קופות חולים/בתי חולים/מרפאות לבריאות הנפש, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של מוסד לבטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשטרת ישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לשכות הגיוס ו/או לשלישות הראשית ו/או רשויות צה"ל ו/או משרד החינוך ו/או משרד התעסוקה ו/או משרד הבריאות ו/או רשויות הרווחה ו/או אגף שיקום בביטוח הלאומי ו/או מעסיקיי בעבר בהווה ובעתיד ו/או כל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או מבטחים הותיקה ו/או החדשה ו/או קג"מ ו/או כל חברת ביטוח ו/או הסוכנות היהודית ו/או כל מוסד ו/או גוף באשר הוא, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות המפורטים לעיל. רשותי הנ"ל ניתנת לכל ענין ודבר לכל המוסדות המפורטים לעיל, לרבות עבור שלטונות צה"ל ומשרד הביטחון ו/או משטרת ישראל גם עבור משרד הרווחה ועבור כל מוסד מכל מין וסוג שהוא הקשור בבריאות הנפש.

למרות האמור לעיל לא יחול מכתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים : _____
או על המידע המפורט להלן : _____
חלק ב'

שם קופ"ח : _____ סניף : _____ מס' חבר : _____ שם המוסד : _____
שמות נותני השירותים : _____
רופאים

1. _____ 1. _____
2. _____ 2. _____
1. _____ 2. _____
מכונים, מעבדות

מס' אישי בצה"ל : _____
שם קופ"ח קודמת : _____

שם קופ"ח	שם האפוטרופוס	ת.ז.	שם האפוטרופוס	ת.ז.	שם האפוטרופוס	במקרה של חסוי :
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

תאריך _____ עד לחתימה ומס' זהות _____
חתימה (במקרה של קטין/חסוי - חתימת אפוטרופוס) _____

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

אני החתום מטה (במקרה של קטין יירשמו פרטיו):

_____X שם משפחה
 _____X שם פרטי
 _____X ת.ז.
 _____X שם האב
 _____X רחוב
 _____X מספר
 _____X עיר
 _____X מיקוד
 _____X טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא ההגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל_____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שיידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות חולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כללים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הרפואי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"ה 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן:

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

או על המידע המפורט להלן:

שם קופ"ח _____X סניף _____X מספר חבר _____ שם המוסד _____
 שמות נותני השירותים:

רופאים: 1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

מכונים, מעבדות: 1. _____ 2. _____ 3. _____

מספר אישי בצה"ל _____ קופת חולים קודמת _____ סניף _____

_____X חתימה

(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

_____ עד לחתימה

_____ תאריך

תצהיר בריאות

אני הח"מ _____ ת"ז _____, לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מחלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

- | | | | | | | |
|----|--------|-------|--------|-------|---------------|-------|
| א. | תאריך: | _____ | המחלה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| ב. | תאריך: | _____ | המחלה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| ג. | תאריך: | _____ | המחלה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |
| ד. | תאריך: | _____ | המחלה: | _____ | המוסד הרפואי: | _____ |

סמל, מכאבי דם לפני ההסונה אבל לא כאמורה חמורה או מצב.

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי:

- | | | | | | | |
|----|--------|-------|-------------|-------|------------------------|-------|
| א. | תאריך: | 2003 | סוג הפגיעה: | _____ | המוסד הרפואי שטיפל בי: | _____ |
| ב. | תאריך: | _____ | סוג הפגיעה: | _____ | המוסד הרפואי שטיפל בי: | _____ |
| ג. | תאריך: | _____ | סוג הפגיעה: | _____ | המוסד הרפואי שטיפל בי: | _____ |
| ד. | תאריך: | _____ | סוג הפגיעה: | _____ | המוסד הרפואי שטיפל בי: | _____ |

אגרה
פדיון
סכום
החזרה

חתימה

אישור

אני הח"מ, _____, מ.ר. _____, מאשר/ת בזה כי ביום _____ הופיע/ה לפני מר/גב' _____ המוכר/ת לי אישית ו/או אשר הזדהה/תה לפני תעודת זהות שמספרה _____ ולאחר שהוזהרתי/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה/תעשה כן, אישר/ה את נכונות הצהרתו/ה דלעיל וחתם/מה עליה לפני.

_____ חותמת + חתימה

_____ תאריך



הבית סוּח הלאומי

מערכת ייצוג לקוחות באינטרנט

תאריך הדפסה: 11/07/2022
מועד אחרון להגשה: 11/08/2022

41940370



טופס

ייפוי כוח למייצג/ת

יש לשלוח את הטופס החתום באמצעות אתר
ניהול משרד המייצגים

פרטי המשרד המייצג

שם המשרד: ש. זולדן משרד עורכי דין
כתובת: הגפן 3 קריית גת 8201807
שם המייצג/ת: גיפס פסקר קורין
ת.ז. המייצג/ת: 300147378
דוא"ל: kgp.lawoffice@gmail.com
טלפון: 0546359950

פרטי המבוטח/ת

שם המבוטח: זולדן אלה
ת.ז. המבוטח: 307656710

הגמלאות שנבחרו לייצוג

- 21) דמי פגיעה/ד.פ. למתנדבים, תאונות אישיות - לרבות ועדות - תאריכי אירוע: 14/07/2019
- 22) נכות מעבודה, תגמול למתנדבים, תלויים - לרבות ועדות - תאריכי אירוע: 14/07/2019

הצהרה וויתור על סודיות

אני החתום מטה, מייפה בזה את כוחו של עורך הדין גיפס פסקר קורין או עורך דין 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.

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

אני החתום מטה משחרר בזה את המוסד לביטוח לאומי ופוסר 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 וחתימת המייצג

ש. זולדן משרד עורכי דין
עריד קורין גיפס-פסקר

מ.ד. 71762
הרשמי אגף את המוסד לביטוח לאומי
8201807 מיקוד קריית גת

חתימת המבוטח

זולדן אלה

תאריך

11/07/2022