



הביטוח הלאומי

מערכת ייצוג לקוחות באינטרנט

69479996



טופס
ייפוי כוח למייצג/ת

תאריך הדפסה: 18/01/2026
מועד אחרון להגשה: 18/02/2026

יש לשלוח את הטופס החתום באמצעות אתר
ניהול משרד המייצגים

פרטי המשרד המייצג

שם המשרד:	עו"ד אריאל פרייברג	כתובת:	דרך אבא הלל 7 רמת גן 5252204
שם המייצג/ת:	פרייברג אריאל	ת.ז. המייצג/ת:	066630930
דוא"ל:	frei.ariel@gmail.com	טלפון:	0546544930

פרטי המבוטח/ת

שם המבוטח:	כהן איריס
ת.ז. המבוטח:	012382750

הגמלאות שנבחרו לייצוג

- 12 הבטחת הכנסה
- 15 סיעוד
- 17 שיקום מקצועי
- 19 אבטלה, מענק לחיל משוחרר
- 21 דמי פגיעה/ד.פ. למתנדבים, תאונות אישיות - תאריכי אירוע: 14/12/2025
- 22 נכות מעבודה, תגמול למתנדבים, תלויים - לרבות ועדות - תאריכי אירוע: 14/12/2025

הצהרה וויתור על סודיות

אני החתום מטה, מייפה בזה את כוחו של עורך הדין **פרייברג אריאל** 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 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

הריני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

כהן איריס

18/01/2026