



הביטוח הלאומי

מערכת ייצוג לקוחות באינטרנט

תאריך הדפסה: 28/07/2026  
מועד אחרון להגשה: 28/08/2026

73295586



טופס  
ייפוי כוח למייצג/ת

יש לשלוח את הטופס החתום באמצעות אתר  
ניהול משרד המייצגים

## פרטי המשרד המייצג

|              |                         |                |                              |
|--------------|-------------------------|----------------|------------------------------|
| שם המשרד:    | פרייברג רסקין עו"ד      | כתובת:         | דרך אבא הלל 7 רמת גן 5252204 |
| שם המייצג/ת: | פרייברג אריאל           | ת.ז. המייצג/ת: | 066630930                    |
| דוא"ל:       | office@freiberg-law.com | טלפון:         | 0546544930                   |

## פרטי המבוטח/ת

שם המבוטח: לוז ויטל

ת.ז. המבוטח: 028615367

## הגמלאות שנבחרו לייצוג

21) דמי פגיעה/ד.פ. למתנדבים, תאונות אישיות - תאריכי אירוע: 10/05/2026

22) נכות מעבודה, תגמול למתנדבים, תלויים - לרבות ועדות - תאריכי אירוע: 10/05/2026

## 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.

### 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 הבריאות, 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 ופוסט 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

אריאל פרייברג, עו"ד  
מ.ר. 62254  
הריני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

לוז ויטל

28/07/2026