



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה

כתב ויתור סודיות רפואית
שם הגמלה: הבטחת הכנסה

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

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך התביעה
07		שנה חודש יום

שם משפחה	שם פרטי
----------	---------

חבר בקופת חולים

כללית מאוחדת מכבי לאומית אחר _____

פרטי בן/בת הזוג

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס

חבר בקופת חולים

כללית מאוחדת מכבי לאומית אחר _____

הצהרה

2

הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח * _____

תאריך _____ חתימת בן/בת זוג * _____