



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הבטחת הכנסה

כתב ויתור סודיות רפואית
למילוי ע"י התובע
שם הגמלה: הבטחת הכנסה

מס' זהות / דרכון									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> </div> <div> <p>דפים</p> </div> </div>									
סוג המסמך									
7	8								

1 פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות	תאריך תביעה
07		שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	
חבר בקופת חולים		
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____		

2 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 * _____