

כתב ויתור סודיות והרשאה למסירת מידע בל/5533

שם הגמלה: הבטחת הכנסה

פרטים אישיים

- קוד גמלה: 07
- מספר זהות
- שם משפחה
- שם פרטי

פרטי בן/בת זוג

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר זהות

הצהרה

אני הח"מ נתן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו או לכל אדם אחר הפועל מטעם המוסד לביטוח לאומי או בעבורו, לקבל או למסור לביטוח לאומי כל מידע שיבקש על אודותיי והמצוי ברשותכם, לרבות מידע על מצבי הרפואי, לרבות טיפולים בתחום הפסיכיאטרי, הסוציאלי, התפקודי או השיקומי בעבר ובהווה (כולל מידע בדבר סידור ילדיי במסגרת חוץ ביתית) וכן כל מידע בדבר נכות רפואית או אחרת שנקבעה לי לפי חוק הביטוח הלאומי או לצורך ביצועו של החוק האמור, וכן מידע על גמלאות ועל תשלומים אחרים מהמוסד לביטוח לאומי שלהם אני זכאי או הייתי זכאי, וכל מידע או מסמך הדרושים להחלטת המוסד, או כל מוסד בנקאי או עובד של מוסד בנקאי, וכן פרטים על חשבונות הבנק שלי ושלנו, וזאת בקשר לתביעה לקבלת גמלה להבטחת הכנסה.

תאריך _____ חתימת המבוטח _____

תאריך _____ חתימת בן/בת זוג _____

תאריך _____ חתימת המבוטח _____ חתימת בן/בת זוג _____