**המוסד לביטוח לאומי**
מינהל הגמלאות
דמי לידה

**חותמת קבלה**

## כתב ויתור סודיות רפואית

## שם הגמלה: דמי לידה

### 1 פרטים אישיים

| קוד גמלה | מספר זהות/דרכון | תאריך התביעה | |
|---|---|---|---|
| 70 | | שנה חודש יום | |

| שם משפחה | שם פרטי |
|---|---|
| | |

חבר בקופת חולים

❑ כללית ❑ מאוחדת ❑ מכבי ❑ לאומית ❑ אחר _____

### 2 הצהרה

אני 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 או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✘ _____