



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
דמי לידה

חותמת קבלה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: שמירת הריון

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות	תאריך תביעה	
54		שנה חודש יום	
שם משפחה		שם פרטי	
חברה בקופת חולים			
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____			

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותרת על הסודיות הרפואית שלי ומבקשת 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 אודותי.

תאריך _____ חתימת המבוטחת ✕ _____