



תביעה להטבות למחליף רכב

חובה לצרף לטופס זה

- ✎ מסמכים רפואיים עדכניים.
- ✎ סיכומי אשפוז - אם אושפזת לאחר הבדיקה האחרונה בלשכת הבריאות או בוועדה לעררים.
- ✎ צילום רישיון הנהיגה שלך או של מי שאתה מבקש שינהג ברכב.
- ✎ צילום רישיון הרכב שברשותך שאתה משתמש בו.
- ✎ צילום פוליסת ביטוח מקיף, התקפה למועד הגשת תביעה זו.
- ✎ צילום צו אפוטרופסות - לתובע שמונה לו אפוטרופוס.
- ✎ אם אתה שוהה בחו"ל כי אתה או בן זוגך או אחד מהוריך עובד בחו"ל בשליחות המדינה או מטעם מעסיק ישראלי, נא צרף אישור מהמעסיק בציון תקופת העבודה בחו"ל.
- ✎ אם אתה שוהה בחו"ל לצורך קבלת טיפול רפואי (למעט טיפולי ספא/מרמצאות), נא צרף אישור מהגורם המטפל בחו"ל בציון סוג הטיפול ותקופת קבלת הטיפול.

כיצד יש להגיש את התביעה

✎ יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.

✎ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:

- למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
- לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.

✎ לשאלות וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td> </tr> </table> <p>מס' זהות / דרכון</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td> </tr> </table> <p>סוג המסמך</p> </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <p>דפים</p> </div> <div style="width: 30%;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td> </tr> </table> </div> </div> </div>															

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה להטבות למחליף רכב

1 פרטי המוגבל בניידות ופרטי התקשרות

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות											
כתובת														
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה											
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:												
_____ @ _____														
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:														
שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר	ס"ב											
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td> </tr> </table>														
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.														
מען למכתבים														
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה											
מיקוד	יישוב													

2 פרטים על שהות בפנימייה/במוסד/במעון/בבית חולים/בהוסטל

האם הגשת בקשה לשהות במוסד או האם אתה שוהה במוסד? (כגון פנימייה, מעון בית חולים או הוסטל) לא כן. שם המוסד או בית החולים: _____

מען: _____ שוהה מתאריך: _____

במידה ואתה שוהה במוסד, האם אתה יוצא מהמוסד ברכב פרטי, שלא על חשבון קופה ציבורית לפחות 6 פעמים בחודש? לא כן - נא להמציא טופס הצהרה ודוח ובו פירוט היציאות לשלושה חודשים אחרונים, ממולא וחתום כנדרש (אפשר לקבל אותו מעובד סוציאלי של המוסד שבו אתה שוהה, באתר האינטרנט או במוקד הטלפוני של המוסד לביטוח לאומי או בסניף המטפל).

3

פרטים על קרוב משפחה שהוא מוגבל בניידות

האם מתגורר אתך **בדירה** קרוב משפחה שהוא מוגבל בניידות? לא כן

האם מתגורר אתך **בבניין** קרוב משפחה שהוא מוגבל בניידות? לא כן

אם ציינת "כן", נא ציין את פרטי הקרוב המשפחה להלן:

שם משפחה	שם פרטי	יחס קרבה	מספר זהות																				
			<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				

האם רצונך לרכוש רכב משותף עמו? לא כן

בבקשה לרכב משותף חייב השותף בהגשת תביעה נפרדת.

4

פרטים תעסוקתיים

עיסוק המוגבל בניידות:

עובד לא עובד

פרטי מקום העבודה:

שם מקום העבודה:

כתובת מקום העבודה:

רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

נסיעות בקביעות אל מקום העבודה וממנו:

האם אתה נוסע בקביעות ברכבך אל מקום העבודה וממנו? לא כן

המרחק ממקום מגוריך למקום עבודתך הקבוע **הלוך ושוב** הוא:

40 ק"מ ויותר. ציין מרחק: _____ תאריך תחילת עבודה: _____

האם קיימת הסעה מאורגנת למקום העבודה? לא כן

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מתנגד לכך עלייך לסמן את ההצהרה הבאה:

אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי

5

אירועים מיום רכישת הרכב הקודם או מיום קבלת רכב בליסינג (צרף אישורים מאמתים)

למילוי ע"י המוגבל בניידות		פרטים	
עד תאריך	מתאריך		
		הרכב ניזוק והושבת	<input type="checkbox"/>
		חדלתי לגור עם מורשה הנהיגה שלי	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	עברתי תאונה (תאונת דרכים או תאונה שנגרמה עקב רשלנות הזולת וכד')	<input type="checkbox"/>

6

בקשה לאישור נהגים ברכב

באפשרותך לבקש מורשה נהיגה שהוא קרוב משפחה אם הוא אחד מאלה: בן/בת זוג, הורה, אח/אחות ובני זוגם, אחיין/אחיינית, בן/בת ובני זוגם, אחיין/אחיינית, סבא/ סבתא, גיס/ה, נכד/ה או מטפל שסועד אותך ברוב שעות היממה

1. הוא גר עמי בקביעות באותו בניין או במרחק שאינו עולה על 1500 מטר בקו אווירי מביתי.
 2. הוא בעל רישיון נהיגה בר תוקף – נא לצרף רישיון נהיגה.
- אם אתה מבקש לאשר כמורשה נהיגה מטפל בשכר, יש להמציא צילום מחוזה העסקה חתום. חתימת התובע * _____

פרטי הנהגים

אני מצהיר שמתקיימים בי התנאים הנ"ל.

פרטי הנהגים	נהג 1	נהג 2	נהג 3	נהג 4
שם משפחה				
שם פרטי				
מספר זהות				
מען מגורים				
טלפון נייד				
יחס קרבה לתובע				
עיסוק הנהג				
מען מקום העבודה				
חתימה	x	x	x	x

הצהרת הנהגים

הואיל: והמוסד התיר לי לנהוג ברכבו של המוגבל בניידות:

והואיל: והנני גר בקביעות באותו בניין בו גר המוגבל בניידות או במרחק שאינו עולה על 1,500 מטר בקו אווירי מביתו או בבניינים הקרובים ביותר זה לזה בתחום אותו יישוב.

1. לפיכך ולאור האמור לעיל, הנני מתחייב בזה להודיע למחלקת ניידות על:
 - א. כל שינוי במקום המגורים שלי.
 - ב. שלילה, התליה או אי חידוש של רישיון הנהיגה שלי.

2. אם המוסד לביטוח לאומי אישר לי לנהוג עבור מוגבל בניידות חסר רישיון נהיגה, אני מתחייב להסיע את המוגבל בניידות באורח קבע למען צרכיו היום יומיים ולא להשתמש ברכב באופן בלעדי למען צרכיי.

3. ידוע לי כי במקרה של פטירה של המוגבל בניידות, חובת ההחזר של ההלוואות שניתנו לו לצורך רכישת הרכב או האביזרים המיוחדים או מיתקן ההרמה/רובוט תחול על היורשים.

7 פרטי חשבון הבנק של התובע

7

אם יגיעו תשלומים, אבקש לזכות את מספר החשבון המפורט להלן:

שמות השותפים לחשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לתובע שנתמנה לו אפוטרופוס, יש להמציא צו אפוטרופסות (מקור או צילום), שעליו חותמת עורך דין "נאמן למקור".

החשבון מתנהל על שם: התובע אחר, פרט: _____

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

8 הצהרת התובע ו/או מגיש התביעה

8

אני החתום מטה תובע גמלה לפי הסכם הניידות ומצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

אני מתחייב כי אודיע למוסד לביטוח לאומי מיד על כל שינוי שיחול באחד הפרטים בתביעה זו, כולל שינויים בהכנסותי מעבודה, ממשלח יד, מפנסיה או מגמלה אחרת מביטוח לאומי.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים ו/או מסירת פרטים כוזבים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישותי, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך _____ שם המוגבל בניידות/אפוטרופוס _____ חתימת המוגבל בניידות/אפוטרופוס * _____
לתובע קטין - נדרשות חתימות ההורים:

תאריך _____ שם ההורה _____ חתימת ההורה * _____

תאריך _____ שם ההורה _____ חתימת ההורה * _____

הרשאה למסירת מידע לצורך קבלת הטבות

על פי התקנות והחוק ובהתאם לזכאותך, אתה עשוי להיות זכאי להטבות מגורמים שונים. למימוש ההטבות דרושה הסכמתך להעברת מידע בדבר זכאותך.

אני הח"מ, נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי למסור לרשויות או למוסדות ציבוריים מידע בדבר זכאותי לצורך קבלת הטבות נלוות הקבועות בחוק ובתקנות.

לא מאשר

תאריך _____ חתימת התובע * _____
לידיעתך: אי חתימה על אישור זה, תהווה הסכמה להעברת המידע האמור.

בקשה לבדיקה בוועדה גודל רכב

אם מסיבה רפואית, גופנית או בשל הגבלות בנהיגה, אתה זקוק לרכב שונה מהרכב הקובע לגביך על פי ההסכם, זכותך לבקש להיבדק במכון לקביעת רכב אחר.
נא סמן במשבצת המתאימה:

- אני לא מעוניין להיבדק במכון הרפואי לבטיחות בדרכים
- נבדקתי בעבר בוועדה לגודל רכב ואני מעוניין לקבל הטבות לפי דגם הרכב, אשר אושר לי בבדיקה האחרונה.
- אני מעוניין להיבדק במכון הרפואי לבטיחות בדרכים לשם בדיקת זכאותי לרכב קובע שונה שמתאים לצרכיי.
- אני מעוניין להיבדק במכון הרפואי לבטיחות בדרכים לקביעת רכב עם מעלית או מושב נשלף.

לידיעתך: אם נבדקת בעבר בוועדה לגודל רכב, הוועדה רשאית להמליץ על רכב שנפח מנועו קטן או מחירו זול יותר מהרכב שאושר לך בבדיקה הקודמת וכן, לשנות את ההחלטה לעניין הצורך ברכב עם מעלית או עם מושב נשלף.

במידה ואתה מעוניין להיבדק במכון הרפואי, אנא נמק מהם הצרכים המיוחדים שבגינם אתה זקוק לרכב מיוחד:

האם הנך נמצא

בתהליך של החלפת כסא גלגלים במשרד הבריאות? כן לא

תאריך _____

שם מלא של המוגבל בניידות/אפוטרופוס _____ חתימת המוגבל בניידות/אפוטרופוס * _____

מס' זהות של המוגבל בניידות									

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ניידות



כתב התחייבות

חלק א': לחתימת המוגבל בניידות

דברי המבוא מהווים חלק בלתי נפרד מהסכם הניידות ומכתב ההתחייבות.

- הואיל: והנני מוגבל בניידות לפי ההסכם בדבר גמלת ניידות מיום 1.6.1977 שבין המוסד לביטוח לאומי (להלן המוסד) לבין ממשלת ישראל, אשר תוקן מעת לעת (להלן ההסכם).
- והואיל: והנני עומד לקבל הטבות מכוח הסכם הניידות, או הלוואה לרכישת רכב מכוח הסכם בדבר מתן הלוואות לרכישת רכב למוגבלים בניידות, שנחתם בין המוסד לבין משרד האוצר ביום 10.5.1981 ואשר תוקן מעת לעת (להלן ההסכם בדבר מתן הלוואות).
- והואיל: וידוע לי שעלי להודיע למוסד על כל שינוי שעשוי להשפיע על זכאותי להטבות על פי ההסכם. לפיכך ולאור האמור לעיל הנני מתחייב בזה כדלקמן:
- להודיע למחלקת ניידות בכתב ומיד על:
 - כל שינוי במצבי הרפואי ו/או הגופני ו/או מגבלותי ו/או ביכולת הניידות שלי.
 - היותי שוהה במוסד (כגון: פנימייה/מעון/הוסטל), או אם הגשתי בקשה להתקבל למוסד כאמור.
 - אשפוזי בבית חולים ו/או אם עברתי ניתוח לאחר הבדיקה הרפואית האחרונה בלשכת הבריאות או בוועדת עררים, ולהמציא למוסד סיכום מחלה.
 - שלילה, התלייה, אי-חידוש, אי-נהיגה בפועל, או כל שינוי אחר בתנאי רישיון הנהיגה שלי ו/או של "מורשה הנהיגה" שלי.
 - גניבה, הרס שנגרמו לרכב ו/או לאבזרים המיוחדים ו/או למיתקן ההרמה/רובוט, או נזק בתאונה שנגרם לרכב ו/או לאבזרים המיוחדים, ועל כל סכום שאקבל מחברת הביטוח בגין אחד מהאירועים הללו.
 - כל מקרה בו אפסיק להשתמש ברכב (לרבות שימוש כדיון), או שרישיון הרכב לא חודש לתקופה העולה על שלושה חודשים.
 - הפסקת שימוש בקביעות ברכב לצורך נסיעה למקום עבודתי - חל רק על מוגבל בניידות המקבל תוספת קצבה בגין מרחק.
 - התחלת עבודה, הפסקת עבודה, שינוי במקום העבודה, קבלת תשלומים מקרן השתלמות.
 - שינוי במקום המגורים שלי ו/או של "מורשה הנהיגה" שלי.
 - החזרת רכב שהועמד לרשותי ולשימושי על ידי המעסיק בשיטת ליסינג תפעולי – לחברה.
 - החזרת רכב שנרכש על ידי בשיטת ליסינג מימוני לחברת הליסינג.
 - להמציא למוסד לפי דרישתו צילום רישיון נהיגה בר תוקף שלי ו/או של "מורשה הנהיגה" שלי.
 - להמציא למוסד לפי דרישתו צילום רישיון רכב בר תוקף.
 - אם תשולם לי קצבת ניידות כחסר רכב שוהה במוסד, אני מתחייב להמציא למחלקת ניידות, דו"ח פירוט חודשי של יציאותי את חצרי המוסד ברכב מנועי, חתום על ידי ועל ידי מנהל המעון/עו"ס של המעון, בהתאם לדרישות המוסד.

חלק א': המשך

סעיפים 5-19 להלן חלים רק על מי שקיבל הלוואה עומדת לרכישת רכב ו/או הלוואה לרכישת רכב מכח ההסכם בדבר מתן הלוואות ו/או הלוואה לרכישת אבזרים מיוחדים ו/או הלוואה לרכישת מיתקן הרמה/רובוט:

5. לא להתיר לאיש, זולת "מורשה הנהיגה" שאושר ע"י המוסד, לנהוג ברכב, למעט אם אמצא ברכב כל זמן נהיגתו של נהג אחר שהוא בעל רישיון נהיגה בר-תוקף. **(חל רק על מי שקיבל הלוואה עומדת)**
6. לבצע מבחן רישוי ולחדש את תוקף רישיון הרכב במועד.
7. לבטח את הרכב במלוא ערכו, מיד עם רכישתו וכל עוד הרכב בבעלותי - בביטוח מקיף, לקיים את כל הדרישות הקיימות בפוליסת הביטוח ולהמציא למוסד לפי דרישתו העתק מהפוליסה. ידוע לי כי אם לא אבטח את הרכב בביטוח מקיף, והרכב ייגנב או ייהרס בטרם עת, לא אהיה זכאי לקבל מאת המוסד הלוואה עומדת להחלפת רכב בטרם עת, ואהיה חייב בהחזר ההלוואות שניתנו לי לרכישת הרכב וכן להפחתת קצבה.
8. לשעבד את פוליסת הביטוח המקיף לטובת המוסד, אם המוסד דרש זאת ממני.
9. ידוע לי כי אין לשעבד, למשכן, להטיל עיקול או להשתמש ברכב ו/או באבזרים המיוחדים ו/או במיתקן ההרמה/רובוט, כערובה לכל חוב, אלא לאחר קבלת אישור מהמוסד. ללא אישור מראש מאת המוסד, יחשב הדבר כהפרת התחייבות.
10. לא להוציא את הרכב, בעבורו קיבלתי הלוואה עומדת, את גבולות הארץ, ללא אישור מראש ובכתב מאת המוסד לביטוח לאומי.
11. לרכוש רכב שניתן להיכנס לתוכו בישיבה בכיסא גלגלים, או שניתן לנהוג בו תוך ישיבה בכיסא גלגלים, אם ניתנה לי הלוואה עומדת לרכישת רכב כזה, ולהתקין ברכב את האבזרים המיוחדים אשר המכון הרפואי לבטיחות בדרכים קבע שאני זקוק להם.
12. להשתמש בהלוואה לאבזרים מיוחדים ששולמה לי ע"י המוסד, למימון הרכישה וההתקנה של האבזרים המיוחדים ולא לכל מטרה אחרת.
13. לרשום את האבזרים המיוחדים ברישיון הרכב, מיד עם סיום התקנתם, לבטח אותם במלוא ערכם ולהמציא למוסד צילום מרישיון הרכב מיד עם קבלתו.
14. להעביר את האבזרים המיוחדים מרכב לרכב בעת החלפת הרכב בטרם עת, אם המכון הרפואי לבטיחות בדרכים קבע כי הרכב לא מתאים עוד לצרכי, והמוסד אישר שניתן להעביר את האבזרים המיוחדים לרכב הקובע החדש.
15. להחזיר למוסד את ההלוואה העומדת ו/או את ההלוואה לרכישת אבזרים מיוחדים ו/או את ההלוואה לרכישת מיתקן הרמה/רובוט, במועדים ובתנאים המפורטים בהסכם. ידוע לי כי במקרה של פטירה, חובת החזר תחול על היורשים שלי.
16. להחזיר למוסד באופן מיידי, את כל סכום המקדמה שניתנה לי לרכישת רכב מכוח ההסכם בדבר מתן הלוואות, אם לא רכשתי רכב עם הלוואה עומדת מכל סיבה שהיא, או אם לפני רכישת הרכב חדל להתקיים בי תנאי מהתנאים המזכים בהלוואה.
17. להחזיר למוסד את ההלוואה שניתנה לי לרכישת רכב מכוח ההסכם בדבר מתן הלוואות, במועדים ובתנאים המפורטים בהסכם בדבר מתן הלוואות. ידוע לי כי במקרה של פטירה, חובת החזר תחול על היורשים שלי.

חתימה של המוגבל בניידות / אפוטרופוס *

שם מלא של המוגבל בניידות / אפוטרופוס

תאריך

* לגבי קטין – נדרשת חתימה של שני ההורים.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ניידות



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: ניידות

פרטים אישיים

	תאריך תביעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה																																
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">שנה</td><td style="text-align: center;">חודש</td><td style="text-align: center;">יום</td><td colspan="7"></td> </tr> </table>											שנה	חודש	יום								<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td> </tr> </table>													15
שנה	חודש	יום																																	
שם פרטי		שם משפחה																																	
חבר בקופת חולים																																			
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____																																			

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי 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 ✕ _____