



לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמיצוי זכויות,
יש לסרוק את הברקוד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואית כתוצאה מהפגיעה.
- עצמאי** – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, עליך לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (כמו: חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה)
- עובד זר** – חובה לצרף צילום דרכון; **תושב שטחים** חובה לצרף צילום תעודת זהויה והיתר העסקה משירות התעסוקה.
- מתנדב** – עליך לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- בתאונת דרכים** יש לצרף אישור מהמשטרה, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.
- במידה והתביעה מוגשת ע"י **אפוטרופוס** – יש לצרף צו אפוטרופוסות.
- אם אתה מיוצג ע"י עורך דין**, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח **באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות** באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לצרף טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- קורונה** – יש לצרף הפניה לבדיקה ותוצאות בדיקת קורונה ראשונה, אישור מהמעסיק על סבירות גבוהה להדבקה במקום העבודה ופרטי ממונה הקורונה במקום העבודה.

לידיעתך

- עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- תביעה שלא נחתמה ע"י התובע (בסעיפים 11 במקום המסומן ב-X), תוחזר בדואר ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- בתביעה של עובד שכיר **על המעסיק** למלא את סעיפים 1 – 5 בעמודים 6-7 ולחתום במקומות המסומנים ב-X.
- משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, (למעט תביעה למחלות מקצוע).**
לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il
- אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו ולצרף את המסמכים הנדרשים.
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - 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.

| | |
|---------------------------|---------------------------|
| לשימוש פנימי בלבד (סריקה) | |
| מס' זהות / דרכון _____ | מס' זהות / דרכון _____ |
| סוג המסמך 0 1 | דפים _____ |

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

תאונה בעבודה שכיר עצמאי מתנדב
 מחלת מקצוע, פרט _____ הכשרה מקצועית חבר קיבוץ או מושב שיתופי

1 פרטי התובע

1

| | | |
|--|-----------------|---|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) |
| _____ | _____ | _____ |
| 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 |
| _____ | _____ | _____ |
| <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 – אם שונה מהרשום במשרד הפנים | | |
| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה |
| _____ | _____ | _____ |
| דירה | יישוב | מיקוד |
| _____ | _____ | _____ |

2

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אלא מלא סעיף 2א'

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

| | |
|---|--------------------------|
| שם מעסיק/ מפעל | תפקיד התובע במקום העבודה |
| _____ | _____ |
| רחוב / תא דואר | מס' בית |
| _____ | _____ |
| כניסה | דירה |
| _____ | _____ |
| יישוב | מיקוד |
| _____ | _____ |
| טלפון קווי | טלפון נייד |
| _____ | _____ |
| מספר פקס | _____ |
| _____ | _____ |
| האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ | |
| האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ | |
| עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע) | |
| שם העסק | סוג העיסוק |
| _____ | _____ |
| רחוב / תא דואר | מס' בית |
| _____ | _____ |
| כניסה | דירה |
| _____ | _____ |
| יישוב | מיקוד |
| _____ | _____ |
| טלפון קווי | טלפון נייד |
| _____ | _____ |
| טלפון פקס | _____ |
| _____ | _____ |

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

צה"ל

משמר הכנסת

שב"ס

משא"ז

משטרה

אחר _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

כן לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

| שעת הפסקת עבודה | תאריך הפסקת עבודה | שעת הפגיעה | היום בשבוע | תאריך הפגיעה |
|---|-------------------|------------|---|--------------|
| | | | | |
| <p>היכן אירעה הפגיעה? <u>במהלך העבודה:</u> <input type="checkbox"/> במפעל/בעסק <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) <input type="checkbox"/> מחוץ למפעל <input type="checkbox"/> בדרך לביתך <input type="checkbox"/> (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) <input type="checkbox"/> תאונה בבניין <u>בתאונות בדרך:</u> נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____</p> | | | | |
| <p><u>תיאור הפגיעה:</u> כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט _____</p> | | | | |
| <p>האם נכחו עדים בתאונה?: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____</p> | | | | |
| שם | כתובת | מספר טלפון | <input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר | |
| שם | כתובת | מספר טלפון | <input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר | |
| <p>מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה</p> | | | | |
| תאריך מסירת ההודעה | שם מקבל ההודעה | תפקיד | טלפון | |

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

| | | |
|--|---------------------------------------|--|
| מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי) | מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך) | האיבר שנפגע |
| שם בית החולים / מחלקה | תקופת אשפוז | תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה שנה חודש יום שעה |
| האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט ממה סבלת ומתי _____ | | |
| יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים _____ | | |
| פרטי הרופאים המטפלים | | |
| שם הרופא | תחום המומחיות | כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל |
| טלפון המרפאה | | |

5

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? לא כן

הגוף המייצג או המסייע: עורך דין חברת מימוש זכויות יד מכוונת בית חולים עמותה אחר _____

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, **או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".**

| | | |
|---------------|-------|-------|
| שם גורם מסייע | כתובת | טלפון |
|---------------|-------|-------|

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה

תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.

נפילה ממקום גבוה נפילה במדרגות או במדרכה פגומה התחשמלות

תקיפה פגיעה מבעל חיים אחר _____

תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? לא כן

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____

כתובתו _____ מס' טלפון _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? לא כן, נא לצרף

התביעה הוגשה בבית המשפט השלום המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

7

פירוט העיסוקים

לפני הפגיעה

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:

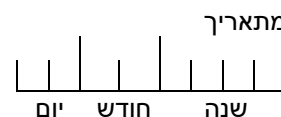
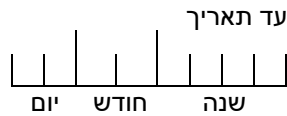
א. עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.

ב. הכנסתי נפגעה מהסיבה:

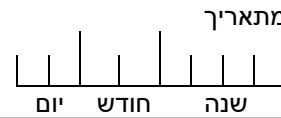
מחלה חופשה אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

לאחר הפגיעה

לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה



שהייתי בעסק / בעבודתי



חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ טרם חזרתי לעבודה לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה _____ עד שעה: _____

עבודה במשמרות

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) _____

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים
תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה * _____

9

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

| | | | |
|--|-------------------|----------|------------|
| שמות בעלי החשבון | | | |
| | | | |
| שם הבנק | שם הסניף / כתובתו | מס' סניף | מספר חשבון |
| | | | |
| לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: <input type="checkbox"/> אני מבקש להעביר את התשלום: <input type="checkbox"/> לחשבון הקיבוץ / המושב <input type="checkbox"/> לחשבוני הפרטי | | | |

10

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

עיזור/ נכה 100% פטור חלקי

11

הצהרת התובע/מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
 אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בודיעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים 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 יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/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.

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 _____ חתימת התובע * _____

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

| | | | |
|------------|------------|------------------|------------|
| שם פרטי | שם משפחה | מספר זהות ס"ב | קרבה לתובע |
| | | | |
| טלפון קווי | טלפון נייד | דואר אלקטרוני: | |
| | | | |

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפוסטרופוסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

1

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? לא כן בדרך כלל מועסק ב: _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? לא כן 1. שם _____ ת.ז. _____

2. שם _____ ת.ז. _____

| | | | |
|-------------------|------------------------|------------------------------------|--------|
| תפקיד הנפגע במפעל | מטרת יציאתו מחוץ למפעל | שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת | תפקידו |
| שעת היציאה | שעת החזרה הצפויה | | |

תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

פגיעה בדרך לעבודה:

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? כן לא,

הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

2

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

| | |
|-------------------------------------|-------------------|
| מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי | שם המפעל / המעסיק |
| _____ | _____ |

| | | | |
|--------------------------|--|----------------------|------------------------------|
| תאריך תחילת עבודה: _____ | מעמד העובד: <input type="checkbox"/> קבוע <input type="checkbox"/> ארעי <input type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> חודשי | היקף המשרה ב-% _____ | מספר ימי העבודה בשבוע: _____ |
|--------------------------|--|----------------------|------------------------------|

אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____

ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? כן לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

| החודש, כולל חודש הפסקת העבודה | מס' הימים בעבורם שולם השכר | העובד הוא | | תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו | שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח |
|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|
| | | יומי | חודשי | | |
| חודש _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | שם התשלום _____ לתקופה _____ סכום _____ | _____ |
| חודש _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| חודש _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| חודש _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | _____ |

העובד שב לעבודה בתאריך _____ העובד לא שב עדיין לעבודה.

האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____

העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: כן

לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____

שוגר טופס 100: כן לא

שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____

3

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____

לא, העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

לא נצברו ימי מחלה

אחר _____

העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה _____

(שם הקרן)

4

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו. אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת **x** _____

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוץ:

הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת **x** _____
(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|-----|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>תאריך הפגיעה</p> <table border="1"> <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;">יום</td><td style="text-align: center;">שנה</td><td style="text-align: center;">חודש</td><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | יום | שנה | חודש | | | | | | | | | <p>מספר זהות/דרכון</p> <table border="1"> <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> | | | | | | | | | | | | | <p>קוד גמלה</p> <p style="font-size: 24px;">60</p> |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| יום | שנה | חודש | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| שם פרטי | שם משפחה | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>חבר בקופת חולים</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____ </p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

הצהרה

2

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 ✕ _____