

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
דמי תאונה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי תאונה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
		50
יום חודש שנה	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

2

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח \* \_\_\_\_\_