



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



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה



## תביעה למחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה ולקביעת דרגת נכות מעבודה

### חובה לצרף לטופס זה

- ↪ מסמך רפואי המעיד על הליקוי הרפואי כמו: דוח מיון, סיכום מחלה, תוצאות בדיקות ופענוח הדמיה.
- ↪ עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון הכולל את אשרת השהייה; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זיהוי
- ↪ מתנדבים – יש לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.

### לידיעתך

- ↪ יש להגיש טופס נפרד לכל מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה.
- ↪ על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- ↪ במידה ותאושר תביעתך לדמי פגיעה נראה בתביעה זו גם תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ותוזמן לבדיקה בוועדה רפואית.
- ↪ זימונך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 4.
- ↪ באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת.
- ↪ לקביעת פגיעה יש להתקשר למספר הטלפון \*2496
- ↪ **משך זמן טיפול משוער בתביעה למחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה הוא 150 יום, ממועד קבלתה ועד לקבלת החלטה.** לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ↪ עליך לצרף אישורים נוספים לפי הנדרש בטופס התביעה.
- ↪ אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה בחברה לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 11.
- ↪ תביעה לא חתומה (בסעיף 14 במקום המסומן ב-X) תוחזר בדואר, ותיחשב כאילו לא הוגשה
- ↪ עליך לחתום על ספח ויתור סודיות רפואית.
- ↪ בתביעה של עובד שכיר **על המעסיק** למלא את סעיפים 15 עד 17 ולחתום בסעיף 16.
- ↪ במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופסות.
- ↪ **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.
- ↪ מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- ↪ לשאלות וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



**המוסד לביטוח לאומי**  
 מינהל הגמלאות  
 פגיעה בעבודה

**תביעה למחלת מקצוע או**  
**ליקוי רפואי עקב תנאי עבודה**  
**ולקביעת דרגת נכות מעבודה**

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים
---------------------------	---------------------------------------

**חותמת קבלה**

מחלת מקצוע, פרט \_\_\_\_\_  
 ליקוי רפואי, פרט \_\_\_\_\_  
 מתנדב  עצמאי  שכיר  הכשרה מקצועית  חבר קיבוץ או מושב שיתופי

**1 פרטי התובע**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) ס"ב
מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה	תאריך עלייה
מצב משפחתי: <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/ בציבור	טלפון קווי	טלפון נייד
דואר אלקטרוני: _____@_____	דואר אלקטרוני:	
<b>אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:</b>		
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.		
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)</b>		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד

**2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 2א'**

**שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית**

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מספר בית	טלפון נייד
מיקוד	יישוב	מיקוד
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: _____		
<b>עצמאי</b>		
שם העסק	סוג העיסוק	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מספר בית	טלפון נייד
מיקוד	יישוב	מיקוד
לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה: <input type="checkbox"/> 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.		

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות			
צה"ל <input type="checkbox"/>	משמר הכנסת <input type="checkbox"/>		
שב"ס <input type="checkbox"/>	משא"ז <input type="checkbox"/>		
משטרה <input type="checkbox"/>	אחר <input type="checkbox"/>		
רחוב/תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד

טלפון קווי

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

טלפון נייד

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מס' פקס \_\_\_\_\_

תאריך כניסה לשירות קבע \_\_\_\_\_ תאריך סיום שירות קבע \_\_\_\_\_

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?  
 כן  לא

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

פרטים על המחלה או הליקוי הרפואי

יש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על אבחון המחלה או הליקוי הרפואי, כמו: תוצאות בדיקות עזר, סיכום רפואי, פענוח הדמיה וכד'	שם המחלה או הליקוי	תאריך הופעת המחלה
		שנה חודש יום

נא תאר ופרט מהם תנאי עבודתך שגרמו להתפתחות המחלה או הליקוי הרפואי

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**אם עבודתך כרוכה בחשיפה לחומרים וברשותך דפי מידע על חומרים אלה, נא צרף אותם האם בוצעו בדיקות ניטור סביבתיות במקום עבודתך?  לא  כן, (אם ברשותך תוצאות הניטור, נא צרף אותן)**

באלו תפקידים הועסקת במקום עבודתך, נא תאר את סוג העבודה (ניתן לצרף גיליון נוסף)

התפקיד וסוג העבודה \_\_\_\_\_ תקופת העבודה \_\_\_\_\_

התפקיד וסוג העבודה \_\_\_\_\_ תקופת העבודה \_\_\_\_\_

התפקיד וסוג העבודה \_\_\_\_\_ תקופת העבודה \_\_\_\_\_

האם ידוע לך על עובדים נוספים שלקו במחלה?  לא  כן, פרט:

שם	כתובת	מספר טלפון
שם	כתובת	מספר טלפון

נא צין מקומות עבודה קודמים בהם עבדת, בישראל ובחו"ל (ניתן לצרף גיליון נוסף)

מקום עבודה וסוג העבודה \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_ תקופת עבודה \_\_\_\_\_

מקום עבודה וסוג העבודה \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_ תקופת עבודה \_\_\_\_\_

מסירת הודעה למעסיק על המחלה או הליקוי הרפואי

שם מקבל ההודעה	שם תפקיד	תאריך מסירת ההודעה
		שנה חודש

4

**פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על הליקוי)**

שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	
		שעה	שנה יום חודש

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

**פרטי הרופאים המטפלים**

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל	טלפון המרפאה

האם סבלת ממחלה או מכאבים בעבר בליקוי/ליקויים שציינו על ידך?  לא  כן, פרט ממה סבלת ומתי

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים

5

**פרטים על שירות צבאי**

האם שרתת בצה"ל?  לא  כן, נא ציין את פרופיל הגיוס \_\_\_\_\_

האם התפתחו ליקויים רפואיים במהלך שירותך הצבאי, נא פרט \_\_\_\_\_

6

**שליטה בשפה**

אני לא שולט בשפה העברית, אני דובר \_\_\_\_\_.

לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית  לא  כן

7

**פרטים על תשלומים**

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?  לא  כן, סוג התשלום \_\_\_\_\_

מספר תיק באגף השיקום \_\_\_\_\_

8

סיוע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע?  לא  כן,  
 הגוף המסייע:  עו"ד  חברת מימוש זכויות  יד מכוונת  בית חולים  
 שם הגוף המייצג או המסייע: \_\_\_\_\_

9

פרטים על תביעות כנגד צד ג'

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג' בקשר למחלתך או הליקוי הרפואי?  
 תביעה נגד \_\_\_\_\_ שם העו"ד המטפל \_\_\_\_\_  
 כתובתו \_\_\_\_\_  
 טלפון \_\_\_\_\_ פקס \_\_\_\_\_ דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_  
 התביעה הוגשה בבית המשפט  השלום  המחוזי בעיר \_\_\_\_\_ מס' תיק אזרחי \_\_\_\_\_

10

פירוט עיסוקים

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.

הצהרה על היעדרות מהעבודה כתוצאה מהמחלה או הליקוי הרפואי

עד תאריך		מתאריך		<input type="checkbox"/> לא עבדתי כלל כתוצאה מהמחלה או ליקוי הרפואי	
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך	<input type="checkbox"/> שהייתי בעסק / בעבודתי	
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך		
<input type="checkbox"/> לא נעדרתי מהעבודה		<input type="checkbox"/> טרם חזרתי לעבודה		<input type="checkbox"/> חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____	
<input type="checkbox"/> עבודה במשמרות	עד שעה:	משעה	שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני המחלה או הליקוי הרפואי היו		

11

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה 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 ✕ \_\_\_\_\_

12

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: אני מבקש להעביר את התשלום:  לחשבון הקיבוץ / המושב  לחשבוני הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_  
מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.  
אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכח במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון 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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מקבל התשלום ✕ \_\_\_\_\_

13

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

עיזור/ נכה 100%  פטור חלקי

הצהרת התובע/מגיש התביעה

אני מסכים לוועדה רפואית בוידאו צ'ט

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.

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים. 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. **ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיעה בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, נדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.**

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע x \_\_\_\_\_

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 : ייפוי כח, צו אפוסטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.			
אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:			
שם העד לחתימה	מספר זהות		

**פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה – ימולא ע"י המעסיק**

שם המפעל / המעסיק					מספר תיק נכיונים במוסד לביטוח לאומי				
_____					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
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: _____	
<input type="checkbox"/> אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____ ממת' _____ עד מת' _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא									
<b>בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה</b>									
החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו			סכום		שם התשלום
		יומי <input type="checkbox"/>	חודשי <input type="checkbox"/>	לתקופה	לשם	שם התשלום	לשם התשלום		
חודש _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
חודש _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
חודש _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
חודש _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> העובד שב לעבודה בתאריך _____ <input type="checkbox"/> העובד לא שב עדיין לעבודה. <input type="checkbox"/> האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____ <input type="checkbox"/> העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה _____ שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____ שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____ שוגר טופס 100: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____									

**הצהרת המעסיק**

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל: \_\_\_\_\_  
 נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה. \_\_\_\_\_

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה \_\_\_\_\_  
 תאריך \_\_\_\_\_ תפקיד החותם \_\_\_\_\_ שם החותם \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_

**פרטים משלימים למעסיק מורשה/ מאושר**

העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממש 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 וחותרת \_\_\_\_\_ (נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)



**חותמת קבלה**

**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה



**כתב ויתור סודיות רפואית**

**שם הגמלה: דמי פגיעה**

**1**

**פרטים אישיים**

<p>תאריך הפגיעה</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="text-align: center;">יום</td> </tr> </table>				שנה	חודש	יום		<p>מספר זהות/דרכון</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>											<p>קוד גמלה</p> <p style="font-size: 24px;">60</p>
שנה	חודש	יום																	
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>																			

**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 ✕ \_\_\_\_\_