

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית
שם הגמלה: דמי פגיעה

1. פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60/61 דמי פגיעה	323849190	26/09/2022
שם משפחה	שם פרטי	עלי
אלקרינאוי		
חבר בקופת חולים		
כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר ☐		

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

תאריך 25.2.25 חתימת המבוטח X