



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

### חובה לצרף לטופס זה

- ↪ מסמך רפואי המעיד על הליקוי הרפואי, כגון סיכום ביקור במיון, סיכום מחלה, תוצאות בדיקות ופיענוח הדמיה.
- ↪ עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון הכולל את אשרת השהייה; תושב השטחים – 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.
- ↪ אם תאושר 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 פגישה 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 בחברה או קרוב משפחה לבעל שליטה או 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.
- ↪ אם התביעה מוגשת על ידי אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופוסות.
- ↪ **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - למלא באופן ידני, לסרוק יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט ← שליחת מסמכים.
  - לשלוח בדואר, בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ↪ מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- ↪ לשאלות וברורים ניתן להתקשר למוקד \*6050 או למספר 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**


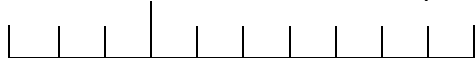
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות/דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה	תאריך עלייה
מצב משפחתי: <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור	טלפון קווי	טלפון נייד
דואר אלקטרוני: _____@_____		
<b>אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:</b>		
שם משפחה של איש קשר	שם פרטי של איש קשר	מס' זהות של איש קשר
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום בדואר רגיל. לידעתי, 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	מיקוד	טלפון נייד
מספר בית	יישוב	
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	מיקוד	טלפון נייד
מספר בית	יישוב	

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון


טלפון קווי  טלפון נייד  מס' פקס _____	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			

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, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.

פרטים על המחלה או הליקוי הרפואי

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

אנא תאר ופרט מה הם תנאי עבודתך שגרמו להתפתחות המחלה או הליקוי הרפואי:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

באלו תפקידים הועסקת במקום עבודתך? אנא תאר את סוג העבודה (ניתן לצרף גיליון נוסף):

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

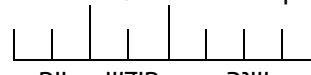
האם ידוע לך על עובדים נוספים שלקו במחלה?  לא     כן, פרט:

שם	כתובת	מספר טלפון
_____	_____	_____
שם	כתובת	מספר טלפון
_____	_____	_____

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

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

מסירת הודעה למעסיק על המחלה או הליקוי הרפואי

תאריך מסירת ההודעה 	שם מקבל ההודעה	תפקיד
		_____

4

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

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

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

**פרטי הרופאים המטפלים**

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים.

5

**פרטים על שירות צבאי**

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

האם התפתחו ליקויים רפואיים במהלך שירותך הצבאי? אנא 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:  
 עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף \*נא לצרף אישורים מתאימים  
 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 הליקוי הרפואי	
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך	<input type="checkbox"/> שהייתי בעסק/בעבודתי	
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך		
<input type="checkbox"/> עבודה במשמרות		עד שעה	משעה	<input type="checkbox"/> חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ <input type="checkbox"/> טרם חזרתי לעבודה <input type="checkbox"/> לא נעדרתי מהעבודה	
				שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני המחלה או הליקוי הרפואי היו	

11

הצהרה למילוי על ידי 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 שביצעת 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

אבקש להעביר כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו 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 הכוח 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.

13

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

עיור/נכה 100%  פטור חלקי

אני מסכים לקיום וועדה רפואית בוודאו צ'אט.

אני, החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהוות עבירה 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, עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. 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 כדיון, 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 שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל, וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

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.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עליי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי, אך כי לא חלה עליי כל חובה חוקית למסור מידע אודותיי. ידוע לי שאם לא אסכים למסור מידע פרטי, לא אוכל לקבל שירות מהביטוח הלאומי.

בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שירות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי, ומבין כי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il) < יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות.

אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדיון.

חתימת התובע ✕

תאריך

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני: @	
יש לצרף לתביעה את אחד מהמסמכים הבאים או יותר, אם ברשותך: יפוי כוח, צו אפוסטרופוסות, פסק דין או ויתור סודיות.			
אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, אנא פרט:			
שם העד לחתימה	מספר זהות		

15

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

שם המפעל/המעסיק			מספר תיק ניכויים 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, אנא פרט את סיבת ההיעדרות: _____ ממת' _____ עד מתי _____ 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, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:</b>						
החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד-פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	
		יומי	חודשי		סכום	לתקופה
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"/>			

העובד שב לעבודה בתאריך \_\_\_\_\_  העובד טרם שב לעבודה  
 האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים הקודמים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט: \_\_\_\_\_  
 העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל:  כן  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:  כן  לא  
 חתימת המעסיק \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ שם ותפקיד החותם \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_

16

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 \_\_\_\_\_

17

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)

**קיבוצ:**

הנפגע חבר קיבוץ, מופיע בסוג ביטוח \_\_\_\_\_

הנפגע אינו חבר קיבוץ, מופיע בסוג ביטוח \_\_\_\_\_

חתימת המעסיק וחתימת **x** \_\_\_\_\_ (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 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;">חודש</td> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>											יום	חודש	שנה									<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> </tr> </table>											<p>קוד גמלה</p> <p style="font-size: 24px;">60</p>
יום	חודש	שנה																															
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, החתום מטה, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזאת 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 ✕ \_\_\_\_\_