



## תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

### חובה לצרף לטופס זה

- תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דו"ח חדר מיון / סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על הנזק הרפואי שנגרם לך כתוצאה מהפגיעה.
- עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זיהוי
- מתנדבים – יש לצרף טופס הפנייה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- בתאונת דרכים יש לצרף אישור המשטרה ו/או צילום תעודת ביטוח

### כיצד יש להגיש את התביעה

- עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.
- תביעה שאינה חתומה ע"י התובע (בסעיף 9 במקום המסומן ב-X) תוחזר בדואר ונראה בה כאילו לא הוגשה
- עליך לחתום על כל הספחים של ויתור סודיות רפואית.
- בתביעה של עובד שכיר **על המעביד** למלא את סעיפים 10 עד 14 ולחתום בסעיף 13 .
- תביעות של עובדים, אשר מעבידיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 (מעביד שקיבל הרשאה מהמוסד לתשלום דמי פגיעה ישירות לעובד), ימסרו ע"י המעביד.
- עליך להעביר למוסד לביטוח לאומי את כל התעודות הרפואיות המצויות ברשותך **לפני** שתוזמן לוועדה רפואית
- לידיעתך - על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.**
- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וביירוים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.

לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

### לתשומת לב

- אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

נא ציין את מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_ ותאריך הפגיעה \_\_\_\_\_ עמוד 1 מתוך 8



**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה  
**תביעה לתשלום דמי פגיעה**  
**והודעה על פגיעה בעבודה**

|  |                  |       |           |       |      |       |                           |
|--|------------------|-------|-----------|-------|------|-------|---------------------------|
| <table border="1"> <tr> <td>מס' זהות / דרכון</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>סוג המסמך</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>דפים</td> <td>_____</td> </tr> </table> | מס' זהות / דרכון | _____ | סוג המסמך | _____ | דפים | _____ | לשימוש פנימי בלבד (סריקה) |
| מס' זהות / דרכון   | _____            |       |           |       |      |       |                           |
| סוג המסמך  | _____            |       |           |       |      |       |                           |
| דפים   | _____            |       |           |       |      |       |                           |

**חותמת קבלה**

|                                       |                                |  |
|---------------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> תאונה בעבודה | <input type="checkbox"/> שכיר  | <input type="checkbox"/> עצמאי         |
| <input type="checkbox"/> מחלת מקצוע   | <input type="checkbox"/> מתנדב | <input type="checkbox"/> הכשרה מקצועית |

**1 פרטי הנפגע**

|  |  |   |
|--|--|---|
| שם משפחה   | שם פרטי  | מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) |
| מספר אישי בצה"ל                                    | תאריך לידה   | תאריך עליה  |
| מצב משפחתי   | פרודה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> | שנה חודש יום  |
| <b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>                  |  |   |
| רחוב / תא דואר                                     | מס' בית  | כניסה   |
| דואר אלקטרוני                                      | טלפון נייד   | מיקוד   |
| טלפון קווי   | <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS  | יישוב   |
| <b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b> |  |   |
| רחוב / תא דואר                                     | מס' בית  | כניסה   |
| דואר אלקטרוני                                      | טלפון נייד   | מיקוד   |

**2 פרטי מקום העבודה**

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

**פרטי הפגיעה**

**3**

|                 |                   |            |            |   |
|-----------------|-------------------|------------|------------|---|
| שעת הפסקת עבודה | תאריך הפסקת עבודה | שעת הפגיעה | היום בשבוע | תאריך הפגיעה  |
|                 |                   |            |            |  |

היכן קרתה הפגיעה?

במהלך העבודה:  במפעל/בעסק  בדרך לעבודה  (הכתובת בה אירעה הפגיעה)

מחוץ למפעל  בדרך לביתך  (הכתובת בה אירעה הפגיעה)

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר \_\_\_\_\_

תאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

שמות העדים לתאונה:  לא נכחו עדים  כן נכחו עדים, פרט:

|    |       |   |
|----|-------|---|
| שם | כתובת | חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> |
| שם | כתובת | חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> |

האם מדובר בתאונת דרכים?  לא  כן, אם כן, נא למלא חלק 5 בעמוד הבא

**מסירת הודעה למעביד על הפגיעה**

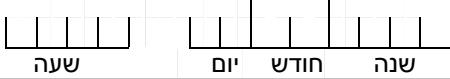
|   |                   |    |       |
|---|-------------------|----|-------|
| תאריך מסירת ההודעה  | למי נמסרה ההודעה? | שם | תפקיד |
|  |                   |    |       |

אם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לנזיקין, אנא השב על שאלה 9 בחלק 5.

**פרטי טיפול רפואי (יש לצרף אישור על הפניה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)**

**4**

|             |                                    |  |
|-------------|------------------------------------|--|
| האיבר שנפגע | מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך) | מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי) |
|             |                                    |  |

|                       |             |  |
|-----------------------|-------------|--|
| שם בית החולים / מחלקה | תקופת אשפוז | תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה   |
|                       |             |  |

קופת חולים בה הנך  כללית  לאומית  מכבי  מאוחדת

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום?  לא  כן, פרט

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

| פרטי הרופאים המטפלים |               |                                       |                                       |   |
|----------------------|---------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| שם הרופא             | תחום המומחיות | רופא קופת חולים המקבל הקופה<br>במרפאת | רופא קופת חולים המקבל<br>במרפאת פרטית | כתובת וטלפון המרפאה<br>בה טופלתי/הנני מטופל |
|                      |               | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |   |
|                      |               | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |   |
|                      |               | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |   |
|                      |               | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |   |
|                      |               | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>              |   |

**פרטים על תאונת דרכים**

**5**

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| 1 | האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה?<br><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן,<br>(אם כן, חובה לצרף דו"ח משטרה)  | מספר התיק במשטרה   | התאונה טופלה ע"י תחנת משטרה ב-   |
| 2 | התאונה ארעה:  | <input type="checkbox"/> בדרך למקום מגוריך <input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/>  |  |
| 3 | האם נפגעת בהיותך:   | <input type="checkbox"/> הולך רגל <input type="checkbox"/> נוסע ברכב <input type="checkbox"/> נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)   |  |
| 4 | סוג הרכב המעורב בתאונה:   | מספר רישוי   | <input type="checkbox"/> רכב <input type="checkbox"/> מלגזה <input type="checkbox"/> טרקטור <input type="checkbox"/> אופנוע <input type="checkbox"/> מונית <input type="checkbox"/> אחר<br>*לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב. |
| 5 | בעלות הרכב:   | אם הרכב בבעלות חברת השכרה/ לייסינג, נא לצרף עותק מההסכם.   |  |
| 6 | פרטי הנהג   | שם ומשפחה  | מספר זהות / דרכון<br>ס"ב   |
|   |   | שם ומשפחה  | מספר זהות / דרכון<br>ס"ב   |
|   |   | שם ומשפחה  | מספר זהות / דרכון<br>ס"ב   |
| 7 | האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח?<br><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח   | מס' פוליסה   | שם חברת הביטוח   |
| 8 | סוג התאונה בניזיקין   | <input type="checkbox"/> נפילה ממקום גבוה <input type="checkbox"/> נפילה במדרגות/מדרכה פגומה <input type="checkbox"/> התחשמלות <input type="checkbox"/> תקיפה <input type="checkbox"/> נשיכה מכלב <input type="checkbox"/> אחר |  |
| 9 | האם הגשת או הנך עומד להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לתאונה?<br><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ נגד _____ שם עו"ד המטפל _____<br>כתובת העו"ד _____ מס' טלפון _____<br>מס' פקס _____ |  |  |

**פירוט העיסוקים**

**6**

**לפני הפגיעה**

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

מחלה  חופשה  אחרת \_\_\_\_\_ \* **נא לצרף אישורים מתאימים**

קבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה \_\_\_\_\_

עבדתי אצל מעבידים נוספים \* **נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל**

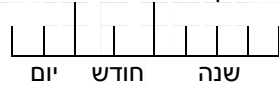
**אחרי הפגיעה**

טרם חזרתי לעבודה

עד תאריך



מתאריך

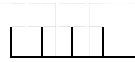


לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

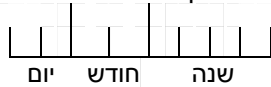
עד שעה



משעה



עד תאריך



מתאריך



שהיתי  
בעסק /  
בעבודתי

עד שעה



משעה



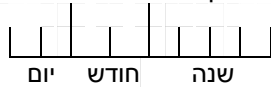
עד תאריך



מתאריך



בתאריך



חזרתי לעבודה מלאה

עד שעה



משעה



אני מצהיר בזאת כי שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

7

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 לחשבון הבנק של ת.ז. \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימתם על טופס עדכון חשבון.

אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

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 פרטי מושכי התשלומים.

תאריך

חתימת מקבל התשלום

חתימת/חתימות השותפים לחשבון

**פטור ממס הכנסה**

8

עיוור או נכה 100%

פטור חלקי \* יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

**הצהרה**

9

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע, נא לציין את הסיבה לכך \_\_\_\_\_

| שם החותם | כתובת | מספר זהות<br>ס"ב |
|----------|-------|------------------|
|          |       |                  |

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

| שם העד לחתימה | מספר זהות<br>ס"ב |
|---------------|------------------|
|               |                  |

**למילוי ע"י המעביד אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימולא ע"י הנפגע)**

**פרטים על תאונה מחוץ לעסק או למפעל**

10

התאונה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: \_\_\_\_\_ שעת הפגיעה \_\_\_\_\_

המקום בו היה על הנפגע לעבוד או בו עבד הנפגע ביום התאונה: \_\_\_\_\_

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 בדרך לעבודה

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? \_\_\_\_\_ איזו משמרת? \_\_\_\_\_ הכתובת בה היה אמור לעבוד? \_\_\_\_\_  
האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש?  לא  כן

תאונה בדרך הביתה

באיזו שעה סיים את העבודה? \_\_\_\_\_ האם סיים בשעה הקבועה?  כן  לא, \_\_\_\_\_  
הסיבה ליציאה המוקדמת: \_\_\_\_\_ כתובת בה עבד לפני היציאה לביתו \_\_\_\_\_

**פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה**

11

| מספר תיק מעביד במוסד | שם המפעל / המעביד |
|----------------------|-------------------|
| 9                    | _____             |

| 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 העובד נעדר מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות \_\_\_\_\_  
נא לציין מתי \_\_\_\_\_ עד מתי \_\_\_\_\_ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר עבור 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 |
|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
|                               |                            | יומי                     | חודשי                    |  |
| חודש                          |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | שם התשלום _____ לתקופה _____ סכום _____          |
| חודש                          |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | שם התשלום _____ לתקופה _____ סכום _____          |
| חודש                          |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | שם התשלום _____ לתקופה _____ סכום _____          |
| חודש                          |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | שם התשלום _____ לתקופה _____ סכום _____          |

העובד שב לעבודה בתאריך \_\_\_\_\_  העובד לא שב עדיין לעבודה.

העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל:  כן  לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: \_\_\_\_\_  
סיבת הפסקת העבודה: \_\_\_\_\_

**12 פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעביד/קרן דמי מחלה**

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעביד? (נכון ליום התאונה)

כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום התאונה: \_\_\_\_\_

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)

**13 הצהרת המעביד**

אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שנמסרו על ידי העובד ועל ידינו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל: נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, לגבי הפגיעה.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

תאריך \_\_\_\_\_ תפקיד החותם \_\_\_\_\_ שם החותם \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \* \_\_\_\_\_

**14 פרטים משלימים למעביד מורשה/ מאושר**

העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

**מעביד מורשה לפי תקנה 22:**

הנ"ל נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

הנ"ל אינו נכלל בין העובדים שלגביהם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

**מעביד מאושר לפי סעיף 343:**

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

**קיבוץ:**

הנ"ל חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח \_\_\_\_\_

הנ"ל אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח \_\_\_\_\_

חתימת המעביד וחותמת \* \_\_\_\_\_

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)



**ייתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_

הגר ב \_\_\_\_\_

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

**ייתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_

הגר ב \_\_\_\_\_

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

**ייתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_

הגר ב \_\_\_\_\_

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

**ייתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_

הגר ב \_\_\_\_\_

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_