



## תביעה לתשלום דמי תאונה (טופס זה אינו משמש למקרה של תביעה בגין פגיעה בעבודה)

הטופס מיועד למילוי ע"י תושב ישראל בן 18 ומעלה ועד גיל הפרישה, אשר נפגע בתאונה בבית, בחופשה או בשעות הפנאי ובגללה איבד את כושר תפקודו.

### חובה לצרף לטופס זה

- תעודת רפואית ראשונית לנפגע בתאונה (מקור בלבד), ראה נספח א' לטופס, חתומה ע"י רופא.
- מסמכים רפואיים נוספים בקשר לתאונה ולטיפול הרפואי, כגון: דוח מד"א, דוח חדר מיון, סיכום מחלה מבית חולים או כל מסמך אחר המעיד על הנזק הרפואי שנגרם לך כתוצאה מהתאונה.
- **אם אתה שכיר:** אישור על מספר ימי המחלה שעמדו לזכותך ביום התאונה ממעבידך, או מקרן ימי מחלה, ממבטחים או מקופות אחרות.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- עליך לצרף אישורים נוספים לפי הנדרש בטופס התביעה, ולחתום בכל מקום המיועד לכך (כולל בנספח א' - ויתור על סודיות רפואית).
- בתביעה של עובד שכיר, יש לוודא, כי המעביד ימלא את החלק המיועד לו ויחתום עליו.
- יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il), ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
  - 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.
- לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).
- **חובה להגיש את התביעה בתוך 90 ימים מתאריך התאונה.** המוסד יהיה רשאי לדחות תביעה שהוגשה באיחור.

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
דמי תאונה

## תביעה לתשלום

דמי תאונה

1

## פרטי הנפגע

|                                                                    |  |                                         |
|--------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|
| מס' זהות / דרכון<br>פיצול<br>מס' זהות / דרכון<br>סוג המסמך<br>דפים |  | לשימוש פנימי בלבד (סריקה)<br>חותמת קבלה |
|--------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------|
| שם משפחה                                                                                                                                                                                                                                        | שם פרטי         | מספר זהות<br>ס"ב        |
| מצב משפחתי                                                                                                                                                                                                                                      |                 |                         |
| <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור                                             |                 |                         |
| מעמדך ביום התאונה: <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> עקרת בית <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> אחר:                                                              |                 |                         |
| פרטי התקשרות                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                         |
| טלפון קווי                                                                                                                                                                                                                                      | טלפון נייד      | דואר אלקטרוני:          |
|                                                                                                                                                                                                                                                 |                 | @                       |
| אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:                                                                                                                                                                          |                 |                         |
| שם משפחה איש קשר                                                                                                                                                                                                                                | שם פרטי איש קשר | מס' זהות איש קשר<br>ס"ב |
| <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. |                 |                         |
| מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה במשרד הפנים)                                                                                                                                                                                                |                 |                         |
| רחוב / תא דואר                                                                                                                                                                                                                                  | מס' בית         | כניסה                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                         |
| דירה                                                                                                                                                                                                                                            | ישוב            | מיקוד                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                         |

2

## פרטי מקום העבודה

|                                                                     |                          |                  |       |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|-------|
| שכיר                                                                |                          |                  |       |
| שם מעסיק/ מפעל/ מקום עבודה                                          | תפקיד התובע במקום העבודה |                  |       |
| טלפון קווי                                                          |                          | טלפון נייד / פקס |       |
|                                                                     |                          |                  |       |
| רחוב / תא דואר                                                      | מס' בית                  | ישוב             | מיקוד |
|                                                                     |                          |                  |       |
| האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעביד:                               |                          |                  |       |
| <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ |                          |                  |       |
| עצמאי                                                               |                          |                  |       |
| שם העסק                                                             | סוג העיסוק               |                  |       |
| טלפון קווי                                                          |                          | טלפון נייד / פקס |       |
|                                                                     |                          |                  |       |
| רחוב / תא דואר                                                      | מס' בית                  | ישוב             | מיקוד |
|                                                                     |                          |                  |       |

**פרטי התאונה**

3

|                                                                                                                                                                                                             |                   |                             |            |                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------|------------|------------------------------------------------|
| שעת הפסקת עבודה                                                                                                                                                                                             | תאריך הפסקת עבודה | שעת התאונה                  | היום בשבוע | תאריך התאונה<br>שנה _____ חודש _____ יום _____ |
| <p>תיאור הפגיעה: במה עסקת בעת התאונה? _____</p> <p>כיצד נגרמה התאונה? _____</p>                                                                                                                             |                   |                             |            |                                                |
| <p>מקום התאונה: <input type="checkbox"/> בישראל <input type="checkbox"/> בחו"ל, פרט: _____</p> <p>שמות העדים לתאונה: <input type="checkbox"/> לא נכחו עדים <input type="checkbox"/> כן נכחו עדים: _____</p> |                   |                             |            |                                                |
| <p><input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> אחר</p>                                                                                                        |                   | <p>שם _____ כתובת _____</p> |            |                                                |
| <p><input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> אחר</p>                                                                                                        |                   | <p>שם _____ כתובת _____</p> |            |                                                |
| <p>האם מדובר בתאונות דרכים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן, נא למלא חלק 5 בעמוד הבא.</p>                                                                                    |                   |                             |            |                                                |

**טיפול רפואי**

4

|                                                                                                                                                                                      |                                    |                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------|
| האיבר שנפגע                                                                                                                                                                          | מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך) | מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/ שירות רפואי) |
| <p>תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה</p> <p>שנה _____ חודש _____ יום _____ שעה _____</p>                                                                                                |                                    | <p>שם בית החולים והמחלקה (*)</p>                |
| <p><b>*נא לצרף סיכום מחלה</b></p> <p>האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>אם כן, פרט: _____</p> |                                    |                                                 |
| קופת חולים שאתה חבר בה                                                                                                                                                               | שם רופא המשפחה                     | שם המרפאה שבה אתה מקבל טיפול רפואי בדרך כלל     |

**פרטים משלימים**

5

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------|
| האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | לתחנת משטרה ב- | מספר התיק שנפתח במשטרה (*) |
| <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                            |
| <p><b>*נא לצרף אישור</b></p> <p>האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: שם חברת הביטוח _____</p> <p>האם הגשת או אתה עומד להגיש תביעה לנזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לתאונה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____</p> <p>נגד: _____ שם עורך הדין שלך: _____</p> <p>כתובת עורך הדין _____ מס' הטלפון _____</p> |                |                            |
| האם יצאת את גבולות המדינה בתקופת אי הכושר?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | לאן            | לאיזו מטרה                 |
| <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                            |

**פירוט העיסוקים**

**לפני התאונה**

☐ לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: \_\_\_\_\_ **\*נא לצרף אישורים מתאימים**

☐ עבדתי בחודשים: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ **\*נא לפרט את החודשים ולצרף אישורים או תלושי שכר לחודשים הנ"ל**

**אחרי התאונה**

- ☐ טרם חזרתי לעבודה כתוצאה מהתאונה
- ☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהתאונה מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_
- ☐ חזרתי לעבודה חלקית מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ עבדתי משעה \_\_\_\_\_ עד שעה \_\_\_\_\_
- ☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך \_\_\_\_\_

**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 ☐ לחשבון הפרטי

אני השותף בחשבון 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 בחשבון הבנק 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, 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 מושגי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך **אימות בעלותי בחשבון הבנק** כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל /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 ✕ \_\_\_\_\_ חתימת השותף/ים לחשבון ✕ \_\_\_\_\_

**הצהרה**

אני החתום מטה תובע גמלה לתשלום דמי תאונה, מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין 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.

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 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 [btldpo@nioi.gov.il](mailto:btldpo@nioi.gov.il).

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

לצורך בדיקת זכאותך לקצבה, ייתכן שנפנה באופן ייזום למעסיקיך, לרבות כאלו שהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב)

אם אינך מסכים, ציין זאת:

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי

ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה ✕ \_\_\_\_\_

I

פרטים על המעסיק

|           |                  |           |
|-----------|------------------|-----------|
| שם המעסיק | מספר תיק ניכויים | מס' טלפון |
|           |                  |           |

II

פרטים על השכר

בפרטי השכר יש לכלול את כל רכיבי השכר.

את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו יש לפרט גם בטור נפרד.

| החודש, כולל חודש הפסקת העבודה | היקף משרה % | מס' ימים עבורם שולם השכר | מס' ימי העבודה בשבוע | העובד הוא                |                          | שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח | תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו |        |           |
|-------------------------------|-------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------|-----------|
|                               |             |                          |                      | יומי                     | חודשי                    |                                          | סכום                                             | לתקופה | שם 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"/> |                                          |                                                  |        |           |

☐ תאריך התחלת העסקת העובד: \_\_\_\_\_ מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי

☐ העובד נעדר מהעבודה בחודשים הנ"ל בתקופות \_\_\_\_\_ מהסיבה \_\_\_\_\_

☐ העובד ממשיך להימנות עם עובדי המפעל ☐ כן ☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך \_\_\_\_\_

☐ העובד שב לעבודה, לאחר התאונה, ביום \_\_\_\_\_

☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

III

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעביד או מקרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה מהמעביד - נכון ליום התאונה?

☐ כן, יש לציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום התאונה: \_\_\_\_\_ ימים.

האם שילמת לעובד בעבור תקופת ההיעדרות בגין התאונה הנ"ל? אם כן, יש לציין לאיזו תקופה:

מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_, סה"כ \_\_\_\_\_ ימים.

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה מהקרן לדמי מחלה \_\_\_\_\_

☐ אחר \_\_\_\_\_ שם הקרן \_\_\_\_\_

IV

הצהרת המעביד

הצהרה: אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שמסר העובד ושמסרנו אנו בטופס התביעה נכונים לפי מיטב ידיעתנו, להוציא: (נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בדבר התאונה).

\_\_\_\_\_

כן אנו מאשרים, כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן התאונה.

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



## תעודה רפואית ראשונה לנפגע בתאונה

|            |            |
|------------|------------|
| קופת חולים | _____      |
| מחוז       | _____ סניף |

## פרטי הנפגע

I

|                                            |             |                                                                                                          |              |                                                               |
|--------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------|
| שם משפחה                                   | שם פרטי     | מספר זהות                                                                                                | תאריך לידה   | מין                                                           |
|                                            |             |                                                                                                          | שנה חודש יום | זכר <input type="checkbox"/><br>נקבה <input type="checkbox"/> |
| כתובת (הרשומה במשרד הפנים)                 |             |                                                                                                          |              |                                                               |
| רחוב / תא דואר                             | מס' בית     | כניסה                                                                                                    | דירה         | יישוב                                                         |
|                                            |             |                                                                                                          |              | מיקוד                                                         |
| תאריך תאונה                                | מקום התאונה |                                                                                                          |              |                                                               |
| שנה חודש יום                               |             |                                                                                                          |              |                                                               |
| הגיע לטיפולו בעקבות התאונה בתאריך          | בשעה        | מעמד ביום התאונה:                                                                                        |              |                                                               |
| שנה חודש יום                               |             | <input type="checkbox"/> עובד שכיר <input type="checkbox"/> עובד עצמאי <input type="checkbox"/> עקרת בית |              |                                                               |
| אחר, פרט: _____                            |             |                                                                                                          |              |                                                               |
| מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה) |             |                                                                                                          |              |                                                               |
| רחוב / תא דואר                             | מס' בית     | כניסה                                                                                                    | דירה         | יישוב                                                         |
|                                            |             |                                                                                                          |              | מיקוד                                                         |

## למילוי ע"י הרופא

II

|                                                                                                                              |                |                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------|
| מקצוע / משלח יד                                                                                                              |                |                                    |
| תיאור התאונה לפי דברי הנפגע                                                                                                  |                |                                    |
| פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול                                                                          |                |                                    |
| הממצא הקליני                                                                                                                 |                |                                    |
| צילומי רנטגן נעשו במכון _____ ביום _____ הממצא _____                                                                         |                |                                    |
| האבחנה                                                                                                                       |                |                                    |
| הטיפול שנתנו לנפגע                                                                                                           |                |                                    |
| הערות ופרטים נוספים                                                                                                          |                |                                    |
| <input type="checkbox"/> עובד שכיר ועובד עצמאי                                                                               |                |                                    |
| לדעתי אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת במשך _____ ימים; היינו מיום _____ עד יום _____ בכלל כתוצאה מהתאונה. |                |                                    |
| <input type="checkbox"/> עקרת בית                                                                                            |                |                                    |
| כתוצאה מהתאונה אינה מסוגלת לעבודות משק הבית במשך _____ ימים; היינו מיום _____ עד יום _____ בכלל.                             |                |                                    |
| <input type="checkbox"/> אינו עובד ואינו עובד עצמאי                                                                          |                |                                    |
| כתוצאה מהתאונה עליו להיות מאושפז או מרותק לביתו במשך _____ ימים; היינו מיום _____ עד יום _____ בכלל.                         |                |                                    |
| תאריך מתן התעודה                                                                                                             | שם הרופא החותם | חתימת הרופא / השירות הרפואי המוסמך |

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
דמי תאונה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי תאונה

פרטים אישיים

1

|                                                                                                                                                                 |                 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------|
| קוד גמלה                                                                                                                                                        | מספר זהות/דרכון | תאריך תאונה  |
| 50                                                                                                                                                              |                 |              |
| שם משפחה                                                                                                                                                        | שם פרטי         | שנה חודש יום |
| 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 אודותיי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח ✕ \_\_\_\_\_