

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> לשימוש </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> פנימי </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> בלבד </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black;"> (סריקה) </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> מס' זהות סוג </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> דפים </div> </div>	<p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">"ויתור סודיות"</p>
---	--

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

תאריך _____

הנדון: כתב ויתור סודיות והרשאה למסירת מידע

אני הח"מ נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד מעובדיו ו/או כל אדם אחר הפועל מטעם המוסד לביטוח לאומי או בעבורו למסור ל _____ מס' ת.ז. _____ (להלן - מבקש המידע) כל מידע שיבקש אודותיי והמצוי ברשותכם לרבות מידע על מצבי הרפואי, טיפולים בתחום הפסיכיאטריה, הסוציאלי, התפקודי או השיקומי, בעבר ובהווה וכן כל מידע הנוגע לנכות רפואית או אחרת, שנקבעה לי לפי חוק הביטוח הלאומי ו/או לצורך ביצועו של החוק האמור וכן מידע על גמלאות ותשלומים אחרים מהמוסד לביטוח לאומי שאני זכאי לקבל או היותי זכאי לקבל וכל מידע, או מסמך הדרושים להחלטת המוסד.

מבלי לגרוע באמור לעיל אני מתיר בזה למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו למסור כל מידע, מסמך, תעודה, חוות דעת, דו"ח או הערכה רפואית, תפקודית או אחרת המצוי ברשות המוסד לביטוח לאומי והנוגעים למצב הבריאותי, התפקודי, הסוציאלי, השיקומי ו/או הנוגע לגמלאות ולתשלומים אחרים להם אני זכאי / הייתי זכאי לפי חוק הביטוח הלאומי, או לחובותיי לרבות דמי הביטוח וחובות אחרים שלפי חוק הביטוח הלאומי.

והריני משחרר(ת) ופוטר(ת) אתכם מחובת השמירה על סודיות רפואית או סודיות כלשהי אחרת ומוותר(ת) בזה על כל טענה בקשר לסודיות רפואית או אחרת, בלי יוצא מן הכלל ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו למסירת מידע כאמור.

השם _____ ת.ז. _____ חתימה _____