



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

**ויתור סודיות והרשאה
למסירת מידע
לעובד הסוציאלי**

עמוד 1 מתוך 1

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-left: 5px;"></div> </div> <p>מס' זהות / דרכון</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-left: 5px;"></div> </div> <p>סוג המסמך דפים</p>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>
--	----------------------------------

חותמת קבלה

1 פרטי העובד הסוציאלי

1

<p>שם משפחה</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>שם פרטי</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>מספר ת.ז. או</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>מספר רישיון</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p>שם הרשות/המוסד</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		<p>טלפון נייד</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	

אני מצהיר שלא אעשה כל שימוש לרעה במידע שיימסר לי על ידי נציג המוסד לביטוח לאומי
תאריך _____ שם _____ חתימה * _____

2 פרטי המבוטח

2

<p>שם משפחה</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>שם פרטי</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>תאריך לידה</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>מספר זהות ס"ב</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
כתובת					
<p>רחוב / תא דואר</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>מס' בית</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>כניסה</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>דירה</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>יישוב</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>מיקוד</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p>טלפון קווי</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		<p>טלפון נייד</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		<p>דואר אלקטרוני</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					

3 הצהרה

3

אני הח"מ מייפה בזאת את כוחו של העו"ס, שפרטיו רשומים בטופס זה, לקבל בשמי ועבורי מאת המוסד לביטוח לאומי או מאת עובדיו, כל מידע, פרטים ומסמכים המצויים ברשותם והנוגעים אלי בין במישרין ובין בעקיפין לגבי גמלאות בכסף או בעין, ותשלומים אחרים שהגיעו לי, או המגיעים לי, או העשויים להגיע לי מאת המוסד לביטוח לאומי ולגבי תביעות שהגשתי לקבלת גמלאות ותשלומים לרבות סוגי הגמלה, סכום הגמלה, הבסיס לחישובה ומרכיביה, תקופות תשלום ומועדי תשלום יתרות לזכות ולחובה לגבי גמלאות ותשלומים כאמור, וכן כל מידע שעשוי לסייע לעו"ס לטפל במיצוי זכויותי במוסד לביטוח לאומי.

כן רשאי העו"ס, שפרטיו רשומים לעיל, לקבל כל מידע ופרטים לגבי הטיפול בתביעתי, לרבות העתקים של כתבי התביעה, שלב הטיפול בתביעה, החלטות שניתנו והמידע ששימש תשתית להחלטות. כאמור כולל מידע רפואי, שיקומי או סוציאלי הכלול והכרוך בהם.

אני משחרר ופותר בזה את המוסד לביטוח לאומי או כל עובד מעובדיו מחובת השמירה על סודיות המידע שלפיו כל דין. על כן לא תהיה לי כל טענה ותביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע האמור כלפי המוסד לביטוח לאומי או מי מעובדיו.

תאריך _____ שם _____ חתימת המבוטח * _____