



תביעה לדיון מחדש לפי תקנה 36 (החמרה במצב)

חובה לצרף לטופס זה

אישור על החמרה מרופא שמוסמך לכך בקופת חולים. ↵

כיצד יש להגיש את התביעה

את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וביורורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345. ↵

לידיעתך – הוועדה אינה מוסמכת לקבוע דרגת נכות, על סמך תקנה 36, בעד התקופה שקדמה למועד הגשת התביעה. ↵

לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il. ↵

חובה לחתום על טופס התביעה

נספח

ויתור 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 ✕ _____

ויתור 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 ✕ _____

ויתור 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 ✕ _____

ויתור 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 ✕ _____