



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
אגף הביטוח והבריאות

בקשה לחישוב תקופת המתנה בשל טיפולים רפואיים

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך		דפים							

לידיעתך

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, מקנה למבוטח את הזכות לראות בתקופת שהייתו בחו"ל כאילו שהה בישראל לצורך חישוב תקופת המתנה, וזאת אם הוא שוהה בחו"ל לצורך קבלת טיפולים רפואיים.
על מנת שנוכל לבדוק את זכאותך, הינך מתבקש למלא את השאלון ולצרף אישורים מתאימים.

1

פרטי המבוטח

שם פרטי		שם משפחה		מספר ת.ז.	
כתובת		מס' בית		כניסה	
רחוב / תא דואר		דירה		יישוב	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
				@	
☐ 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.					

2

טיפול רפואי

1. שם המוסד הרפואי בו קבלת טיפולים רפואיים – נא לצרף אישורים רפואיים המצדיקים שהייתך בחו"ל לצורך קבלת טיפולים רפואיים.

2. תקופות בהן קבלת טיפולים רפואיים

מתאריך	עד תאריך	מתאריך	עד תאריך	מתאריך	עד תאריך
1.	4.	7.	8.	9.	
2.	5.				
3.	6.				

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

הצהרת המבוטח

אני החתום מטה, מבקש לחשב לי את תקופת ההמתנה החלה עלי בהתחשב בכך שאני שוהה בחו"ל לצורך קבלת טיפולים רפואיים וזאת על פי הוראות סעיף 58(ב) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. אני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי הם נכונים ומלאים. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי מייד על כל שינוי שיחול באחד הפרטים בבקשה זו

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים אשר יכולים להשפיע על הזכאות הן עבירה על החוק ואדם אשר מוסר פרטים לא נכונים במרמה או ביודעין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרפותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי 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. אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצדדי ג', בהתאם לדין.

תאריך _____ שם _____ תפקיד _____ חתימה * _____