המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי פעולות איבה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
	מס' זהות / דרכון
	סוג המסמך
	דפים

אל: מזכירות הועדה הרפואית

בקשה לדיון מחדש – סעיף 37 לחוק הנכים תגמולים ושיקום – נפגעי פעולות איבה

1 פרטי הנפגע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

תאריך לידה	תאריך פגיעה
שנה חודש יום	שנה חודש יום

כתובת למכתבים

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני

2 אל ד"ר _____ רופא המוסד

מצורף דוח ועדה רפואית או ועדה לעררים אחרונה מיום _____ שנה חודש יום
בה נקבעה לנפגע דרגת נכות בשיעור % _____.

נא חוות דעתך, האם חל שינוי בדרגת נכותו.
להלן חוות דעתי:

❑ נכותו אינה שונה היום

❑ נכותו כיום שונה מסיבות אלו:

1. _____
2. _____
3. _____

בתוקף סמכותי כפקיד תביעות אני מבקש להזמין את הנפגע לוועדה רפואית לשם קביעה מחדש של דרגת הנכות

בכבוד רב

_____
פקיד תביעות

העתק: לנפגע
נפגעי פעולות איבה סניף _____
נפגעי פעולות איבה משרד ראשי

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד