

עמוד 1 מתוך 3

| | | | | | |
|---|-------------------|---|-----------|------|---------------------------|
| <table border="1"> <tr> <td>מספר זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td> <table border="1"> <tr> <td>סוג המסמך</td> <td>דפים</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> | מספר זהות / דרכון | <table border="1"> <tr> <td>סוג המסמך</td> <td>דפים</td> </tr> </table> | סוג המסמך | דפים | לשימוש פנימי בלבד (סריקה) |
| מספר זהות / דרכון | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>סוג המסמך</td> <td>דפים</td> </tr> </table> | סוג המסמך | דפים | | | |
| סוג המסמך | דפים | | | | |

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
ביטוח נכות



בקשה לבדיקה מחדש למקבל קצבת פוליו

לידיעתך. המוסד רשאי לקבוע אחוזי נכות רפואית או אחוזי מוגבלות בניידות נמוכים מאלה שנקבעו בעבר

| | | | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| 1 פרטי המבקש | | | | | |
| שם משפחה | | שם פרטי | | מספר זהות ס"ב | |
| מצב משפחתי | | מתאריך | | מספר ילדים עד גיל 24 | |
| <input type="checkbox"/> רווקה | <input type="checkbox"/> אלמן/ה | <input type="checkbox"/> פרודה | <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור | <input type="checkbox"/> נשוי/אה | <input type="checkbox"/> גרושה |
| כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות | | | | | |
| רחוב / תא דואר | | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב |
| טלפון קווי | | טלפון נייד | | דואר אלקטרוני | |
| אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים: | | | | | |
| שם משפחה איש קשר | | שם פרטי איש קשר | | מס' זהות איש קשר ס"ב | |
| <input type="checkbox"/> 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. | | | | | |
| מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה) | | | | | |
| רחוב / תא דואר | | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב |

| | |
|--|--|
| 2 נימוקי הנכה לבקשה לבדיקה מחדש | |
| פרט השינויים שחלו במצבך הרפואי והתעסוקתי מאז הבדיקה הקודמת, וצרף אישורים רפואיים עדכניים ומפורטים: | |
| _____ _____ _____ _____ _____ | |

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

3

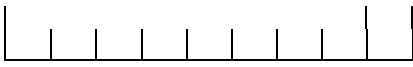
הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות – חתום אם אינך מעוניין להיבדק ע"י רופא

אני מסכים הזה שהרופא יקבע את אחוזי נכותי הרפואית לפי מסמכים בלבד ומבלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שלמרות זו יהיה עלי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

| | |
|-------------|-------|
| _____ x | _____ |
| חתימת התובע | תאריך |

4

פרטי מגיש הבקשה - ימולא אם וכאשר הנכה אינו מסוגל להגיש הבקשה בעצמו עקב מצבו הבריאותי

| | | |
|---|--------------------|---------------------|
| מספר זהות ב"ס  | שם פרטי מגיש הבקשה | שם משפחה מגיש הבקשה |
|---|--------------------|---------------------|

| | |
|---|--------------------------|
| אם ברשותך יפוי כוח או צו אפוטרופסות או פסק דין; ציין איזה וצרף העתק | יחס קרבה לנכה (בן משפחה) |
|---|--------------------------|

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

| | | | | | |
|---------------|-------|---|-------|---|----------------|
| מיקוד | יישוב | דירה | כניסה | מס' בית | רחוב / תא דואר |
| | | | | | |
| דואר אלקטרוני | | טלפון נייד | | טלפון קווי | |
| _____@_____ | |  | |  | |

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל

5

הצהרת התובע / מגיש הבקשה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים בבקשה ובצרופיה הם נכונים. אם יחול שינוי באחד הפרטים שמסרתי בבקשה זו אני מתחייב להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.


ידוע לי, כי בהתאם לחוק אדם אשר גרם במירמה או ביודעין לתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה

(יסומן ב-V כאשר עובד המוסד ממלא את טופס הבקשה). כל הפרטים הרשומים בבקשה הוקראו באוזני ואני מאשר בזה כי הם תואמים את הפרטים שמסרתי בע"פ לעובד המוסד.

| | |
|----------------------------|-------|
| _____ x | _____ |
| חתימת התובע או מגיש התביעה | תאריך |

אם הבקשה נחתמה בחתימת אצבע, ציין:

| | | |
|-----------|--|--------|
| חתימת העד | מספר זהות ב"ס  | שם העד |
| _____ x | | |



המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
ביטוח נכות

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: פוליו

חותמת קבלה

פרטים אישיים

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| קוד גמלה | מספר זהות/דרכון | תאריך תביעה | | | | | | | | | | | | | |
| 41 | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| שם משפחה | שם פרטי | | | | | | | | | | | | | | |
| חבר בקופת חולים | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____ | | | | | | | | | | | | | | | |

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____