

עמוד 1 מתוך 3

 מס' זהות / דרכון  סוג המסמך  דפים	חותמת קבלה לשימוש פנימי בלבד (סריוקה)
---	---

המוסד לביוח לאומי
מנהל הגלומות
ביטוח נסות
בקשה לבדיקה מחדש
למקבל קצבת שירותים
מיוחדים.



לידיעתך, בקשה זו יכולה לגרום לשינוי באחזוי הנכונות ולהשפייע על זכאותך לקצבת נסות ולקצבת שירותים מיוחדים (לרבבות הפחתתם).

פרטי המבקש

1

שם משפחה						
מספר זהות ס"ב	שם פרטי					
<input type="checkbox"/> האם אתה שווה עכשווי או שהיה בחצי שנה האחרונות במוסד? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, פרטי						
כתובת (רשומה במשרד הפנים)						
רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	רחוב / תא דואר
דו"ר אלקטרוני		טלפון נייד		טלפון קווי		
<input type="checkbox"/> אני מאשר קיבלתי הודעה SMS						
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת לעיל)						
רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	רחוב / תא דואר

نימוקי הנכה לבקשת לבדיקה מחדש

2

יש לפרט את השינויים שהחלו במצב הרפואי מאז הבדיקה הקודמת ולצראף אישורים רפואיים עדכניים ומפורטים

טופס זה מנוטש בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

3

הסכם להבנת רופא ללא נוכחות – חתום אם איןנו מუוניין להיבדק ע"י רופא

אני מסכים בזאת שרופא יקבע את מצבי הרפואי ואחוזי נוכחות בלבד ובלתי לזמן עצמי לבדיקת רפואי.
ידוע לי שלמרות זו יהיה עלי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרש זאת.

✗

חתימת התובע

תאריך

הצהרה

4

אני החתום מטה טובע גמלת שירותים מיוחדים, ומזהיר בזאת, כי כל הפרטים שמסרתתי בתביעה ובנספחים הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסורת פרטיהם לא נכונים או הולמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודען למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלה, על ידי העלמת פרטיהם שיש להם חשיבות לעניין, דין קנס כספי או מאסר.

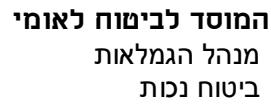
ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתתי בתביעה זו ובנספחה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלאה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינויuthor 30 ימים. במידת הצורך, אני מסכים להיבדק מחדש לעניין אחוזי נוכות רפואי. ידוע לי, שבבדיקה זו יכולה לגרום לשינוי באחוזי הנוכות, ולהשפיע על זכאותי לקבע נוכות ולקבע שירותים מיוחדים (לרבות הפחתתם).

✗

חתימת התובע / מקבל הגמלאה או מגיש התביעה

תאריך

עמוד 3 מתוך 3



כתב ויתור סודיות רפואי

שם הגללה: שירותים מיוחדים - נכות

פרטים אישיים של המבוטח

	תאריך תביעה		מספר זהות/דרכון	קוד גמלה																								
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>									יום	חודש	שנה							<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>									33
יום	חודש	שנה																										
	שם פרטי			שם משפחה																								

כללית מואגדת מכבי לאומי אחר

הארה

אני הח"מ, שפרטני האישיים מופיעים בטופס זה, מוויתר על הסודיות הרפואית ומבקש בהזה למסור למועד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצב הרפואתי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חז' ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודות".

תאריך חתימת המבוטח ✕