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

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

לשימוש המוסד

לפקיד התביעות: יש להשוות פרטי המבקש לנתוני הקובץ. שינוי שם דווח בטופס 7815, שינוי מען דווח במסך 24

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

מצב משפחתי	מתאריך	מספר ילדים עד גיל 24
❑ רווק/ה ❑ אלמן/ה ❑ פרוד/ה ❑ נשוי/אה ❑ גרוש/ה ❑ ידוע/ה בציבור	שנה חודש יום	

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
	❑ אני מאשר קבלת הודעות SMS	

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

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.

_____	✘ _____
תאריך	חתימת התובע

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

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

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

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
	❑ אני מאשר קבלת הודעות SMS	

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.

❑ (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.

_____	✘ _____
תאריך	חתימת התובע או מגיש התביעה

אם הבקשה נחתמה בחתימת אצבע, ציין:

שם העד	מספר זהותו ס"ב	חתימת העד
		✘ _____

המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
ביטוח נכות

חותמת קבלה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: פוליו

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	
41		שנה חודש יום	

שם משפחה	שם פרטי

חבר בקופת חולים

❑ כללית ❑ מאוחדת ❑ מכבי ❑ לאומית ❑ 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 ✗ _____