

מס' זהות / דרכון <input type="text"/>		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
סוג המסמך <input type="text"/>	דפים <input type="text"/>	

**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**

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

**נימוקי הנכה לבקשה לבדיקה מחדש**

**2**

פרט השינויים שחלו במצבך הרפואי והתעסוקתי מאז הבדיקה הקודמת, וצרף אישורים רפואיים עדכניים ומפורטים:

---



---



---



---



---

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

אני מסכים/ה הזו 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.

_____ ✕ חתימת התובע	_____ תאריך
------------------------	----------------

**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 ב"ס <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"><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><td> </td><td> </td></tr></table>														

יחס קרבה לנכה (בן משפחה): \_\_\_\_\_

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים, נא לציין איזה ולצרף עותק.  
 ייפוי כוח  צו אפוטרופסות  פסק דין  
 אם אין ברשותך האמור לעיל, אנא מלא – אני מבקש להתמנות כמקבל גמלה.  
**אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות** באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או **אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס**, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)																																	
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר																												
דואר אלקטרוני _____@_____		טלפון נייד <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"><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><td> </td><td> </td></tr></table>																טלפון קווי <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"><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><td> </td><td> </td></tr></table>															

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.

**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 V-ב- 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 \_\_\_\_\_ ✕

שם העד	מספר זהות ב"ס <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"><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><td> </td><td> </td></tr></table>															חתימת העד _____ ✕



המוסד לביטוח לאומי  
מנהל הגמלאות  
ביטוח נכות

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: פוליו

חותמת קבלה

פרטים אישיים

	תאריך תביעה	מספר זהות/דרכון 	קוד גמלה 41
--	-------------	---------------------	----------------

שם פרטי	שם משפחה
---------	----------

חבר בקופת חולים

כללית  מאוחדת  מכבי  לאומית  אחר \_\_\_\_\_

הצהרה

אני הח"מ, שפרט"י 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 אודותי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח ✕ \_\_\_\_\_