



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- ↪ אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.
- ↪ מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפול בך במרפאת קופת חולים או בבית חולים, בעבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם נמסרה/הובאה לידיעת ביטוח לאומי.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ↪ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא לסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ↪ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

שים לב !

- ↪ שובר לעבודה אינו מונע את קבלת הגמלה..
- ↪ זימונך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים הרפואיים בעבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5 בטופס התביעה
- ↪ לידיעתך - על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשת התביעה.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p>מס' זהות / דרכון</p> <p>סוג המסמך</p> <p>דפים</p>
----------------------------------	--

חותמת קבלה

פרטי התובע					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
מין		מספר אישי בצה"ל		תאריך לידה	
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		<input type="checkbox"/> עיסוק <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> מתנדב <input type="checkbox"/> עצמאי		שנה חודש יום	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	

2 פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

שנה
חודש
יום

פרטים על הפגיעה

3 פרטי מקום העבודה

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

טלפון

רחוב		מס' בית		כניסה	
מיקוד		יישוב		דירה	

המקצוע ערב הפגיעה

פרטי הטיפול רפואי

4

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה: לא כן, פרט _____

תקופת אשפוז _____ שם בית החולים _____

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI, וכד')? לא כן, פרט _____

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני מובטח בקופ"ח _____

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

5

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?
 לא כן, פרט: _____

חזרה לעבודה

6

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?
 כן - חזרתי לאותה העבודה
 כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____
 שם המעביד וכתובתו _____
 תאריך החזרה לעבודה _____
 לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה _____

שליטה בשפה העברית

7

אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____
 לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית
 לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית

8 פרטים על תשלומים

8

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

כן - ציין את סוג התשלום _____ מס' תיק באגף השיקום _____
לא

האם מייצג אותך עו"ד? - לא כן, פרט/י מטה:

שם עורך הדין	כתובתו	טלפון

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?

לא

כן - ציין את שם הנתבע _____

9 פרטי חשבון הבנק של התובע

9

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: לחשבון הקיבוץ / המושב לחשבוני הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתיים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

תאריך _____ חתימת מקבל הגמלה _____ חתימת/חתימות השותפים לחשבון _____

10 הצהרה

10

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

תאריך _____ חתימת התובע _____

אם התובע לא חתם על התביעה, נא לציין את הסיבה לכך: _____ ופרט:

שם החותם	כתובת	מספר זהות ס"ב

אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה	מספר זהות ס"ב

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

1 פרטים אישיים

1

<p>תאריך הפגיעה</p> <p>שנה חודש יום</p>	<p>מספר זהות/דרכון</p>	<p>קוד גמלה</p> <p>11</p>
<p>שם פרטי</p>	<p>שם משפחה</p>	
<p>חבר בקופת חולים</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____ </p>		

2 הצהרה

2

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 * _____