



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- ✍ אישורים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.
- ✍ מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך במרפאת קופת חולים או בית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם נמסר לביטוח הלאומי.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ✍ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

שים לב !

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

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

פרטי התובע		שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
מין		עיסוק		מספר אישי בצה"ל		תאריך לידה	
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		<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		דירה	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני		יישוב	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS						מיקוד	
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)							
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה	
						יישוב	
						מיקוד	

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		דירה	
						יישוב	
						מיקוד	

המקצוע ערב הפגיעה

פרטי הטיפול רפואי

4

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה: לא כן, פרט _____

שם בית החולים _____ תקופת אשפוז _____

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

שם וכתובת המוסד הרפואי בו נעשו הבדיקות _____

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

אני מובטח בקופ"ח _____

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

שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה בגינן הינך תובע גמלה

5

המגבלות או הכאבים מהם הינך סובל	המסמך/התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

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

פרטים על תשלומים

8

האם הנך מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

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

האם הנך מיוצג ע"י עו"ד? - לא כן, פרטי/י מטה:

שם עו"ד _____

כתובת עו"ד _____

טלפון _____

נ																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

האם הגשת או הנך עומד להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?

לא
 כן - ציין את שם הנתבע _____

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 לחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

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

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 פרטי מושכי התשלומים.

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

הצהרה

10

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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 x _____

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך: _____ ופרט:

שם החותם	כתובת	מספר זהות מס' ב"ב

אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה	מספר זהות מס' ב"ב

נספח

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

_____ סניף _____ תאריך _____

_____ אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____

_____ הגר ב _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה ✕ _____

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

_____ סניף _____ תאריך _____

_____ אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____

_____ הגר ב _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה ✕ _____

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

_____ סניף _____ תאריך _____

_____ אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____

_____ הגר ב _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה ✕ _____

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

_____ סניף _____ תאריך _____

_____ אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____

_____ הגר ב _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה ✕ _____