



## תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

### כיצד יש להגיש את התביעה

- עליך לצרף אישורים בהתאם לנדרש בטופס התביעה, וכן מסמכים רפואיים עדכניים הקשורים לפגיעה, שטרם נמסרו למוסד.
- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 12226050.
- לידיעתך - על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (אחורה) מיום הגשתה.
- לפרטים נוספים ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### שים לב !

- שובך לעבודה אינו מונע את קבלת הגמלה.

### חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
**תביעה לקביעת דרגת נכות  
מעבודה ולתשלום גמלת  
נכות מעבודה**

**חותמת קבלה**

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

עמוד 1 מתוך 4

מס' זהות / דרכון	
סוג המסמך	דפים

<b>1 פרטי התובעת/ת</b>	
שם משפחה	שם פרטי
מספר זהות ס"ב	
מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה
עיסוק <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> מתנדב <input type="checkbox"/> עצמאי	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
<b>כתובת</b>	
רחוב	מס' בית
דירה	כניסה
יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד
<input type="checkbox"/> אני מאשר/ת קבלת הודעות SMS	
דואר אלקטרוני	

<b>2 פרטי הפגיעה</b>
תאריך הפגיעה 
פרטים על הפגיעה
<hr/> <hr/> <hr/>

<b>3 פרטי מקום העבודה</b>
שכיר/ה - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה עצמאי/ת - שם, טלפון וכתובת העסק מתנדבת/ת - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות
שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות
טלפון
רחוב
מס' בית
כניסה
דירה
יישוב
מיקוד
המקצוע ערב הפגיעה

**4 פרטי הטיפול רפואי**

4

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה:  לא  כן, פרטי/י \_\_\_\_\_ שם בית החולים \_\_\_\_\_ תקופת אשפוז \_\_\_\_\_

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI, וכד')?  לא  כן, פרטי/י \_\_\_\_\_ שם וכתובת המוסד הרפואי בו נעשו הבדיקות \_\_\_\_\_

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

האם הנך מקבלת/ת כעת טיפול רפואי  לא  כן, פרטי/י \_\_\_\_\_ שם וכתובת הגוף המטפל \_\_\_\_\_

**5 השלמת תיעוד רפואי**

5

האם יש בדעתך לצרף חומר נוסף לקראת הועדה הרפואית? \_\_\_\_\_

לא  כן, החומר יוגש על ידי תוך \_\_\_\_\_ שבועות.

**6 המגבלות בגינן הינך תובעת/ת גמלה**

6

מהן המגבלות או הכאבים מהם הנך סובלת/ת עקב הפגיעה? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים?  לא  כן, פרטי/י \_\_\_\_\_

היכן טופלת \_\_\_\_\_

**7 חזרה לעבודה**

7

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?  כן - לאותו מקום עבודה  כן - למקום עבודה אחר \_\_\_\_\_

שם המעביד וכתובתו \_\_\_\_\_

תאריך החזרה לעבודה \_\_\_\_\_ העיסוק \_\_\_\_\_

לא - ציין את הסיבה \_\_\_\_\_

**8 שליטה בשפה זרה**

8

אני לא שולטת/ת בשפה העברית. אני דוברת/ת \_\_\_\_\_

לועדה אגיע עם מלווה דובר עברית

לועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית

**פרטים על תשלומים**

**9**

האם הנך מקבל/ת או זכאי/ת לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

כן - ציין/י את סוג התשלום \_\_\_\_\_ מס' תיק באגף השיקום \_\_\_\_\_   
לא

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

שם עו"ד	כתובת עו"ד	טלפון

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

לא   
כן - ציין/י את שם הנתבע \_\_\_\_\_

**פרטי חשבון הבנק של התובע/ת**

**10**

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מספר סניף	מספר חשבון

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

אני השותף/ה לחשבון הבנק של ת.ז. \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב/ת להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, עבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב/ת 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/ה שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

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

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
תאריך חתימת מקבל/ת המלגה חתימת/חתימות השותפים לחשבון

**הצהרה**

**11**

אני החתום/ה מטה, מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עבירה 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 זכותי לגמלה או על יצירת חוב ועל כן אני מתחייב/ת להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע/ת x \_\_\_\_\_

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך: \_\_\_\_\_ ופרט/י:

שם החותם	כתובת	מספר זהות ב"0

אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא פרט/י:

שם העד לחתימה	מספר זהות ב"0

**נספח**

**ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_ הגר/ה ב \_\_\_\_\_

מבקש/ת 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 **x** \_\_\_\_\_

**ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_ הגר/ה ב \_\_\_\_\_

מבקש/ת 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 **x** \_\_\_\_\_

**ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_ הגר/ה ב \_\_\_\_\_

מבקש/ת 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 **x** \_\_\_\_\_

**ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_ הגר/ה ב \_\_\_\_\_

מבקש/ת 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 **x** \_\_\_\_\_