



מס' זהות									
סוג		דפים		המסמך		סוג		דפים	

חותמת הסניף ותאריך קבלה

**תביעה לצירוף דרגות נכות מעבודה**

**א. פרטי התובע**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה	<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי	

**כתובת מגורים:**

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	כתובת דואר אלקטרוני			

**ב. פרטי הפגיעות בעבודה**

תאריך פגיעה	אחוז נכות
תאריך פגיעה	אחוז נכות
תאריך פגיעה	אחוז נכות

**ג. פרטים על ליקויים נוספים שאינם קשורים בפגיעות בעבודה הנ"ל - נא לצרף מסמכים רפואיים**

הליקוי/ מחלה/מום	תאריך תחולה
הליקוי/ מחלה/מום	תאריך תחולה
הליקוי/ מחלה/מום	תאריך תחולה

**ד. גמלאות אחרות המשתלמות לך**

מהמוסד	_____
מצה"ל	_____
אחר	_____

**ה. חזרה לעבודה לאחר הפגיעה האחרונה**

<input type="checkbox"/> כן - לאותו מקום עבודה <input type="checkbox"/> כן - למקום עבודה אחר <input type="checkbox"/> לא - ציין את הסיבה	האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה שם המעביד וכתובתו תאריך החזרה לעבודה העיסוק
--	--

## עמוד 2 מתוך 2

1. פרטים על עבודתיך בשנה שקדמה להגשת התביעה (יש לרשום כל שינוי במקום העבודה, תפקיד, מעמד והיקף משרה) - נא לצרף תלושי שכר

סיבת הפסקת העבודה או השינוי	היקף המשרה		תקופת העבודה (תאריכים)	מקצועך או תפקידך העיקרי	המוסד המעביד / המפעל / העסק
	חלקיות				
	מס' שעות עבודה בשבוע	מלאה כן/לא			
			מ - _____ עד _____		שם _____ מען _____
			מ - _____ עד _____		שם _____ מען _____
			מ - _____ עד _____		שם _____ מען _____

האם צמצמת את עבודתך כתוצאה מהפגיעות בעבודה  כן  לא  
 במה מתבטא הצמצום (הפסקת שעות נוספות, הקטנת שעות העבודה וכו')  
 ממתי חל הצמצום \_\_\_\_\_

### 2. מקום תשלום

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

שמות בעלי החשבון	סוג החשבון <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוץ
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו
	מספר הסניף, מספר החשבון

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

### ה. הצהרת התובע

אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו על-ידי בתביעה זו הינם נכונים, ידוע לי כי פרטים לא נכונים או העלמת נתונים, מהווים עבירה על החוק.  
 אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון סכום ששולם כולו או חלקו בטעות או שלא כדיו.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע \_\_\_\_\_ חתימת מקבל הגמלה \_\_\_\_\_ חתימת השותף לחשבון \_\_\_\_\_ חתימת השותף לחשבון \_\_\_\_\_

אם התביעה לא חתומה בידי התובע, נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומספר זהותו.  
 אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

מסמכים שיש לצרף לתביעה:

1. המחאה מבוטלת או אישור מהבנק על פרטי בעלי החשבון.
2. תעודות רפואיות וסיכומי מחלה ממוסדות רפואיים או מרופאים מטפלים שטפלו בך בשנה האחרונה.
3. 12 תלושי שכר של השנה האחרונה להגשת התביעה.
4. במקרה שהיתה החמרה בדרגת הנכות יש להמציא גם תלושי שכר של שלושה החודשים האחרונים שקדמו למועד ההחמרה.
5. אישור על הפסקת העבודה, אם אינך עובד.