



תביעה לקביעת דרגת נכות ולתשלום תגמול נכות

חובה לצרף לטופס זה

עליך לצרף אישורים בהתאם לנדרש בטופס התביעה וכן, מסמכים רפואיים עדכניים הקשורים לפגיעה, שטרם נמסרו למוסד.

לידיעתך

על פי חוק, לא ישולם התגמול לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (אחורה) מיום הגשת התביעה.

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 12226050.

לפרטים נוספים ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

אם אינך יכול/ה לחזור לעבודתך הקודמת בשל נכותך, אנא פנה/י למחלקת השיקום בסניף הקרוב למקום מגוריך

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לקביעת דרגת נכות
ולתשלום תגמול נכות

עמוד 1 מתוך 3

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

1 פרטי התובעת/

1

שם משפחה <input type="text"/>	שם פרטי <input type="text"/>	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מספר זהות <input type="text"/>
תאריך לידה <input type="text"/>	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/> פרוד/ה		
כתובת			
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי <input type="text"/>	טלפון נייד <input type="text"/>	דואר אלקטרוני <input type="text"/>	
שם הנמען (אם אינו הרשום מעלה) <input type="text"/>			
קופת החולים בה את/ה חברה <input type="text"/>			

2 פרטי הפגיעה

2

האם נזקקת לאשפוז בקשר לפגיעה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם קבלת/מקבל תגמול טיפול רפואי לאחר הפגיעה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	תאריך הפגיעה <input type="text"/>
תקופת האשפוז		שם בית החולים <input type="text"/>
עד יום <input type="text"/>	מיום <input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	מהן ההגבלות או הכאבים שיש לך היום בגין פגיעת האיבה? <input type="text"/>
האם את/ה מסוגלת להופיע בפני ועדה רפואית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, הסיבה: <input type="text"/>		האם חזרת לעבודה (אם הנך תלמיד/ה - האם חזרת ללימודים)? <input type="checkbox"/> כן, חזרתי לעבודה/לימודים בתאריך: <input type="text"/>
פרטי/ מחלות או מגבלות מהן סבלת טרם הפגיעה: <input type="text"/>		

גמלאות ופיצויים מכוח חוקים אחרים

3

האם את/ה מקבל/ת או קיבלת תשלום או תגמול:

ממשרד הביטחון לא כן, פרט: _____

ממשרד האוצר לא כן, פרט: _____

האם קבלת פיצויים לפי פקודת הנזיקין בגין פגיעה זו?

לא כן, ציין/י ממי ושם עורך הדין שלך: _____

פרטי חשבון הבנק של התובע/ת

4

שמות בעלי החשבון		מס' בנק
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מספר הסניף
מספר חשבון		

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 כח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכימ/ה שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין אחריה.
אני מסכימ/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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך: _____ שם השותף: _____ מספר ת.ז. _____ חתימה * _____

הצהרה

5

אני החתומ/ה מטה תובע/ת תגמול טיפול רפואי לנפגעי פעולות איבה, ומצהיר/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.
כמו כן אני מתחייב/ת להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך _____ חתימת התובע/ת / מקבל/ת הגמלה * _____

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד

_____ סניף _____ תאריך _____

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

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד

_____ סניף _____ תאריך _____

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

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד

_____ סניף _____ תאריך _____

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

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד

_____ סניף _____ תאריך _____

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