



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

חובה לצרף לטופס זה

אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

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

לידיעתך!

שובר לעבודה אינו מונע את קבלת הגמלה.

זימונך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים הרפואיים בעבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5 בטופס התביעה

על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשת התביעה.

באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות האינטרנט במקום בדואר. תישלח אליך הודעה במייל על שליחת מכתב, בו תוכל לצפות באופן בטוח בשירות האישי באתר המוסד לביטוח לאומי. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני.

כיצד יש להגיש את התביעה

באפשרותך למלא את טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליין (באופן מקוון) באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il

כמו כן, את טופס התביעה ניתן לשלוח בדואר, למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך או להכניס לתיבת השירות המוצבת מחוץ לסניף.

אפשר להגיש תביעה ובה מסמכים נלווים גם באמצעות פקס, ואין חובה להגיש מסמכים מקוריים. עם זאת, המוסד יהיה רשאי לדרוש הצגה של מסמך מקורי, אם הצילום או הפקס שהתקבל אינו ברור, או מכל סיבה אחרת, לפי שיקול דעתו של פקיד התביעות.

לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.

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

חובה לחתום על טופס התביעה

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

פרטים על תשלומים

8

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

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

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 _____

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 להחתימה 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.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל.

לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך _____ חתימת מקבל הגמלה * _____ חתימת השותפים לחשבון * _____

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 התביעה לא חתומה ע"י התובע. נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בתביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

הרשאה למסירת מידע לצורך קבלת הטבות

על פי התקנות והחוק ובהתאם לזכאותך, אתה עשוי להיות זכאי להטבות מגורמים שונים. למימוש ההטבות דרושה הסכמתך להעברת מידע בדבר זכאותך.

אני הח"מ, נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי למסור לרשויות או למוסדות ציבוריים מידע בדבר זכאותי לצורך קבלת הטבות נלוות הקבועות בחוק ובתקנות.

לא מאשר

תאריך _____ חתימת התובע * _____ חתימת בן/בת זוג * _____

לידיעתך: אי חתימה על אישור זה, תהווה הסכמה להעברת המידע האמור.

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 * _____