



## תביעה לצרוף דרגות נכות מעבודה עקב נכות כתוצאה מפגיעה בעבודה

### חובה לצרוף לטופס זה

- ✍ תעודות רפואיות וסיכומי מחלה ממוסדות רפואיים או מרופאים שטפלו בך בשנה האחרונה.
- ✍ 12 תלושי שכר של השנה האחרונה לפני הגשת התביעה.
- ✍ אם חלה החמרה בדרגת הנכות שנקבעה לך, יש להמציא תלושי שכר של שלושת החודשים שקדמו למועד ההחמרה.
- ✍ אישור על הפסקת העבודה, אם אינך עובד.

### לידיעתך

- ✍ על פי חוק, לא תשולם הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- ✍ **משך זמן טיפול המשוער בתביעה לנכות מעבודה הוא 140 יום**, ממועד הגשתה ועד לקבלת החלטה בתביעה. הטיפול בתביעה כולל שלושה שלבים: הכנת התיק לוועדה הרפואית, דיון בוועדה רפואית וביצוע החלטת הוועדה.
- ✍ לנחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).
- ✍ **באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר**. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר.

### 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](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%);">סוג</div> </div> <div style="text-align: center;">דפים</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%);">המסמך</div> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>מס' זהות / דרכון</p> </div>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p><b>חותמת קבלה</b></p>
--	--	--------------------------

1

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>י"ח</span> <span>חודש</span> <span>שנה</span> </div>
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי		דואר אלקטרוני
טלפון נייד		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד

## 2

אחוז נכות	תאריך פגיעה
	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>יום</div> <div>חודש</div> <div>שנה</div> </div> </div>
	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>יום</div> <div>חודש</div> <div>שנה</div> </div> </div>
	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>יום</div> <div>חודש</div> <div>שנה</div> </div> </div>
	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>יום</div> <div>חודש</div> <div>שנה</div> </div> </div>

## 2

תאריך התחלה	הליקוי / מחלה / מום
<div> <div>יום</div> <div>חודש</div> <div>שנה</div> </div>	1.
<div> <div>יום</div> <div>חודש</div> <div>שנה</div> </div>	2.
<div> <div>יום</div> <div>חודש</div> <div>שנה</div> </div>	3.
<div> <div>יום</div> <div>חודש</div> <div>שנה</div> </div>	4.



**גמלאות אחרות המשתלמות לך**

4

מצה"ל. פרט:

אחר. פרט:

**חזרה לעבודה לאחר הפגיעה האחרונה**

5

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - לאותו מקום עבודה

☐ כן - למקום עבודה אחר. פרט שם המעביד: \_\_\_\_\_

כתובת:

העיסוק

תאריך החזרה לעבודה

שנה	חודש	יום

☐ לא - ציין את הסיבה \_\_\_\_\_

**פרטים על עבודותיך בשנה שקדמה להגשת התביעה**

6

יש לרשום כל שינוי במקום העבודה, תפקיד, מעמד והיקף משרה.

נא לצרף תלושי שכר

המוסד המעביד / המפעל / העסק	מקצועך או תפקידך העיקרי	תקופת העבודה (תאריכים)	היקף המשרה	סיבת הפסקת העבודה או השינוי
שם _____ מען _____ 1.		מ- _____ עד _____	<input type="checkbox"/> משרה מלאה <input type="checkbox"/> משרה חלקית. פרט: _____ מס' שעות בשבוע _____ אם חלקית, מהי הסיבה? _____	
שם _____ מען _____ 2.		מ- _____ עד _____	<input type="checkbox"/> משרה מלאה <input type="checkbox"/> משרה חלקית. פרט: _____ מס' שעות בשבוע _____ אם חלקית, מהי הסיבה? _____	
שם _____ מען _____ 3.		מ- _____ עד _____	<input type="checkbox"/> משרה מלאה <input type="checkbox"/> משרה חלקית. פרט: _____ מס' שעות בשבוע _____ אם חלקית, מהי הסיבה? _____	

האם צמצמת את עבודתך כתוצאה מהפגיעות בעבודה ☐ כן ☐ לא

במה מתבטא הצמצום? (הפסקת שעות נוספות, הקטנת שעות העבודה וכו') \_\_\_\_\_

ממתי חל הצמצום? \_\_\_\_\_

7

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

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 התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

סוג הקרבה שלי לתובע הגמלה: ☐ בן/בת זוג ☐ הורה ☐ בן/בת ☐ אח/אחות ☐ אחר: \_\_\_\_\_

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם 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

חתימת/חתימות השותפים לחשבון

חתימת מקבל התשלום

תאריך

8

**הצהרה**

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 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.

אם התביעה הוגשה בסיוע או על ידי מייצג: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ ביה"ח ☐ אחר \_\_\_\_\_ נא לציין את שם הגוף המסייע / המייצג \_\_\_\_\_ תאריך תחילת התקשרות \_\_\_\_\_

x

חתימת התובע

תאריך