



## תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

הגשת התביעה מותנית בהגשת תביעה לדמי פגיעה

### 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 !

- ✍ שובך לעבודה אינו מונע את קבלת הגמלה.
- ✍ זימון לזמנה 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 (לאחר) מיום הגשת התביעה.
- ✍ ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.
- ✍ ניתן לפנות למרכז יד מכוונת על מנת לקבל ללא תשלום ייעוץ והכנה לזמנה הרפואית ממיטב הרופאים המומחים בתחום, וסיוע בהכנת המסמכים הנדרשים:
- מרכז יד מכוונת לתושבי באר שבע והדרום:  
קניון הנגב, מגדל הקניון קומה 5, ב"ש. טלפון: 08 – 6831919 – 08 פקס: 08 – 6831918
- דואר אלקטרוני: [yadm@mediton.co.il](mailto:yadm@mediton.co.il)
- מרכז יד מכוונת לתושבי חיפה והצפון:  
רח' פל"ם 16 (בניין שערי משפט), חיפה. טלפון: 04 – 9126885 – 04 פקס: 04 – 9126890
- דואר אלקטרוני: [merkazy@femi.com](mailto:merkazy@femi.com)

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ באפשרותך למלא את טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליין (באופן מקוון) באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://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](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)		מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים
------------------------------------	--	---------------------------------------

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה



**תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה**

1

**פרטי התובע**

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב
מספר אישי בצה"ל	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	תאריך לידה שנה חודש יום
עיסוק שכיר <input type="checkbox"/> מתנדב <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/>		

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים)**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: @			
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					

**מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	------	-------

2

**פרטי הפגיעה**

תאריך הפגיעה שנה חודש יום	פרטים על הפגיעה
------------------------------	-----------------

3

**פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אגף מלא סעיף 3א'**

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות					
שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות		טלפון			
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

המקצוע ערב הפגיעה:



3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי	
<input type="checkbox"/> צה"ל	<input type="checkbox"/> משמר הכנסת	טלפון נייד	
<input type="checkbox"/> שב"ס	<input type="checkbox"/> משא"ז		
<input type="checkbox"/> משטרה	<input type="checkbox"/> אחר	מס' פקס	
רחוב/תא	מס' בית	יישוב	מיקוד

תאריך כניסה לשירות קבע \_\_\_\_\_ תאריך סיום השירות בקבע \_\_\_\_\_

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה  
☐ כן ☐ לא  
 אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

4

פרטי הטיפול רפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה: ☐ לא ☐ כן, פרט \_\_\_\_\_

שם בית החולים \_\_\_\_\_ תקופת אשפוז \_\_\_\_\_

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

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?  
☐ לא ☐ כן, פרט: \_\_\_\_\_

6

### חזרה לעבודה

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 \_\_\_\_\_

7

### שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר \_\_\_\_\_

☐ לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית

☐ לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית

8

### פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?

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

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע \_\_\_\_\_

9

### סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן,

הגוף המייצג או המסייע: ☐ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה

☐ אחר \_\_\_\_\_

שם גורם מייצג או מסייע

כתובת

טלפון

תאריך תחילת התקשרות: \_\_\_\_\_

10

## 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 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 ✕ \_\_\_\_\_

11

## הצהרה

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.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

1 פרטים אישיים

<p>תאריך הפגיעה</p> <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				<p>מספר זהות/דרכון</p> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					<p>קוד גמלה</p> <p>11</p>
שנה	חודש	יום																										
<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

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 ✕ \_\_\_\_\_