



תביעה לצרוף דרגות נכות מעבודה עקב נכות כתוצאה מפגיעה בעבודה

חובה לצרף 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.
- לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ↪ **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ↪ לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

<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> </tr> <tr> <td colspan="13">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td> <td>סוג המסמך</td> <td>דפים</td> <td> </td><td> </td> </tr> </table>															מס' זהות / דרכון															סוג המסמך	דפים			לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון																																		
		סוג המסמך	דפים																															

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לצרוף דרגות נכות מעבודה עקב נכות כתוצאה מפגיעה בעבודה



פרטי התובע						1
שם משפחה				שם פרטי		מספר זהות ס"ב
תאריך לידה			<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי			
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות						
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	טלפון קווי <input type="checkbox"/> טלפון נייד <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני: _____@_____
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:						
שם משפחה איש קשר		שם פרטי איש קשר		מס' זהות איש קשר ס"ב		
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.						
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)						
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	

פרטי הפגיעות בעבודה			2
אחוז נכות	תאריך פגיעה		1. <input type="checkbox"/> שנה <input type="checkbox"/> חודש <input type="checkbox"/> יום 2. <input type="checkbox"/> שנה <input type="checkbox"/> חודש <input type="checkbox"/> יום 3. <input type="checkbox"/> שנה <input type="checkbox"/> חודש <input type="checkbox"/> יום

פרטי על ליקויים נוספים שאינם קשורים לפגיעות בעבודה שצוינו בסעיף 2 – נא לצרף מסמכים רפואיים			3
תאריך התחלה	הליקוי / מחלה / מום		1. <input type="checkbox"/> שנה <input type="checkbox"/> חודש <input type="checkbox"/> יום 2. <input type="checkbox"/> שנה <input type="checkbox"/> חודש <input type="checkbox"/> יום 3. <input type="checkbox"/> שנה <input type="checkbox"/> חודש <input type="checkbox"/> יום

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

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

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

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7 פרטי חשבון הבנק של התובע

7

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 כדן, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

x

x

חתימת/חתימות השותפים לחשבון

חתימת מקבל התשלום

תאריך

8 הצהרה

8

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.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.
 אני מסכים לוועדה בוידאו צ'אט

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