



## תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

### חובה לצרף לטופס זה

- ✍ אישורים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.
- ✍ מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך במרפאת קופת חולים או בית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם נמסר לביטוח הלאומי.

### 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).

### שים לב !

- ✍ שובך לעבודה אינו מונע את קבלת הגמלה..
- ✍ זימונך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים הרפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5 בטופס התביעה
- ✍ לידיעתך - על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה

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

**חותמת קבלה**

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

<b>פרטי התובע</b>		שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
מין		עיסוק		מספר אישי בצה"ל		תאריך לידה	
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> מתנדב <input type="checkbox"/> עצמאי				שנה חודש יום	
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>							
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני		יישוב	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS						מיקוד	
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>							
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה	
						יישוב	
						מיקוד	

**2 פרטי הפגיעה**

תאריך הפגיעה

שנה חודש יום

פרטים על הפגיעה

**3 פרטי מקום העבודה**

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		מס' בית		כניסה		דירה	
						יישוב	
						מיקוד	

המקצוע ערב הפגיעה

**פרטי הטיפול רפואי**

**4**

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

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

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, MRI, CT, וכד')?  לא  כן, פרט \_\_\_\_\_

שם וכתובת המוסד הרפואי בו נעשו הבדיקות \_\_\_\_\_

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני מובטח בקופ"ח \_\_\_\_\_

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדין מטפלים בך:

שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה

**המגבלות שיש לך עקב הפגיעה בגינן הינך תובע גמלה**

**5**

המגבלות או הכאבים מהם הינך סובל	המסמך/התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

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



**נספח**

**ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ הגר ב \_\_\_\_\_

מבקש 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ הגר ב \_\_\_\_\_

מבקש 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ הגר ב \_\_\_\_\_

מבקש 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ הגר ב \_\_\_\_\_

מבקש 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 ✕ \_\_\_\_\_