



המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
ביטוח נכות
בקשה לבדיקה מחדש
למקבל קצבת נכות

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

עמוד 1 מתוך 5

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך		דפים		סוג המסמך		דפים		סוג המסמך	

תאריך _____

לידיעתך. המוסד רשאי לקבוע אחוזי נכות רפואית ודרגת אי כושר נמוכים מאלה שנקבעו בעבר

1 פרטי המבקש

1

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
מצב משפחתי		<input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור		<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה	
<input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> גרושה		<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה		<input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
דואר אלקטרוני		טלפון נייד		טלפון קווי	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

לשימוש המוסד
לפקיד התביעות:
יש להשוות פרטי המבקש לנתוני הקובץ.
שינוי שם דווח בטופס 7815, שינוי מען דווח במסך 24

2 נימוקי הנכה לבקשה לבדיקה מחדש

2

פרט השינויים שחלו במצבך הרפואי והתעסוקתי מאז הבדיקה הקודמת, וצרף אישורים רפואיים עדכניים ומפורטים:

3 הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות – חתום אם אינך מעוניין להיבדק ע"י רופא

3

אני מסכים/ה שהרופא יקבע את אחוזי נכותי הרפואית לפי מסמכים בלבד ומבלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שלמרות זו יהיה עלי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

_____ x _____
חתימת התובע תאריך

4

פרטי מגיש הבקשה - ימולא אם וכאשר הנכה אינו מסוגל להגיש הבקשה בעצמו עקב מצבו הבריאותי

שם משפחה מגיש הבקשה		שם פרטי מגיש הבקשה		מספר זהות ב"ס	
יחס קרבה לנכה (בן משפחה)		אם ברשותך יפוי כוח או צו אפטרופסות או פסק דין; ציין איזה וצרף העתק			
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					

5

הצהרת התובע / מגיש הבקשה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים בבקשה ובצרופיה הם נכונים. אם יחול שינוי באחד הפרטים שמסרתי בבקשה זו הינני מתחייב להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. ידוע לי כי בהתאם לחוק אדם אשר גרם במימרה או ביודעין לתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.
אני מסכים להיבדק לצורך שירותים מיוחדים, במידה ותהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו.

(יסומן ב-V כאשר עובד המוסד ממלא את טופס הבקשה). כל הפרטים הרשומים בבקשה הוקראו באוזני ואני מאשר בזה כי הם תואמים את הפרטים שמסרתי בע"פ לעובד המוסד.

_____ x		_____
חתימת התובע או מגיש התביעה		תאריך
אם הבקשה נחתמה בחתימת אצבע, ציין:		
חתימת העד	מספר זהות ב"ס	שם העד
_____ x	_____	

הצהרה על עבודה והכנסות של נכה ובן/בת זוגו

פרטי המבקש		1
שם משפחה	שם פרטי	
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) ס"ב		
מתאריך	מצב משפחתי (אחרון)	
שנה חודש יום	<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור	

הצהרה על עבודה, הכנסות מעבודה ודמי מחלה ב-12 החודשים האחרונים (סמן ב-√ והשלם הפרטים)				2
בן / בת זוג		נכה		
<input type="checkbox"/> לא, ואני מצהיר בזה שאיני עובד. <input type="checkbox"/> כן		<input type="checkbox"/> לא, ואני מצהיר בזה שאיני עובד. <input type="checkbox"/> כן		1. עובד/ת כיום
				2. שם המעביד וכתובתו: (מי שאינו עובד ועבד ב-5 השנים האחרונות ירשום פרטי מעבידו האחרון)
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, תאריך הפסקת העבודה: שנה חודש יום		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, תאריך הפסקת העבודה: שנה חודש יום		3. למי שאינו עובד - האם עבדת בשנה האחרונה?
				4. לעובד עצמאי - סוג העיסוק האחרון:
<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	5. הכנסה מעבודה ב-12 החודשים האחרונים: (צרף אישורי שכר *)
<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	הכנסה מדמי מחלה: (צרף אישורים)
* אם לא ניתן להמציא אישורי שכר				
				6. א. ציין הסיבה ושם המעביד
_____ ש בחודשים: _____		_____ ש בחודשים: _____		ב. הכנסות מעבודה לחודש

הצהרה על הכנסות ב-12 החודשים האחרונים (סמן ב-√ והשלם הפרטים)

בן / בת זוג		נכה		
צדף 3 אישורים אחרונים				פנסיה ותגמולים אחרים
<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	1. פנסיה בישראל (לא כולל מביטוח לאומי)
<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	2. פנסיה או רנטה מחו"ל
<input type="checkbox"/> יש, פרט:	<input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש, פרט:	<input type="checkbox"/> אין	3. תגמול ממשרד הביטחון (לנכים, אלמנות, הורים שכולים)
<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	4. תגמול מהאוצר לנכי רדיפות / מלחמה בנאצים
<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	5. תשלומים מחברת ביטוח
<input type="checkbox"/> יש, ציין הגורם המשלם:	<input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש, ציין הגורם המשלם:	<input type="checkbox"/> אין	6. פיצוי עקב נכות
צדף אישורי בנק				הכנסה הונית
<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> משותף עם הנכה	<input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	7. הכנסה מריבית, דיידנד, תוכנית חיסכון
צדף אישורים				הכנסה מרכוש
<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	8. מהשכרת בית / דירה / מבנה
<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	9. ממשק / נכס חקלאי מוחכר
<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	10. מעסק שאינו עובד בו
<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	11. מרכב מושכר (מונית, טנדר וכו')
<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	12. מרכוש אחר
				הכנסה ממקור אחר
<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	
				13. רשום מקור ההכנסה וצדף אישור
				14. תשלומים שטרם שולמו (פנסיה, ביטוח)

הצהרה וחתימה

אני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים והריני מאשר אותם בחתימת ידי.
ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים מהוה עבירה על החוק.

הערות:

x	x	x	
חתימת בן / בת הזוג	שם בן / בת זוג	חתימת הנכה	תאריך



המוסד לביטוח לאומי



לכבוד _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ מס' זהות _____
מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבאי כוחו או למי
שפועל מטעמו כל מידע בקשר למחלתי ומצבי הרפואי, הטיפול
שניתן לי, תוצאותיו, כל מסמך רפואי אודותי וכל מידע אחר שידרש
על-ידם.

חתימה: ✕ _____

המוסד לביטוח לאומי



לכבוד _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ מס' זהות _____
מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבאי כוחו או למי
שפועל מטעמו כל מידע בקשר למחלתי ומצבי הרפואי, הטיפול
שניתן לי, תוצאותיו, כל מסמך רפואי אודותי וכל מידע אחר שידרש
על-ידם.

חתימה: ✕ _____



המוסד לביטוח לאומי



לכבוד _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ מס' זהות _____
מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבאי כוחו או למי
שפועל מטעמו כל מידע בקשר למחלתי ומצבי הרפואי, הטיפול
שניתן לי, תוצאותיו, כל מסמך רפואי אודותי וכל מידע אחר שידרש
על-ידם.

חתימה: ✕ _____

המוסד לביטוח לאומי



לכבוד _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ מס' זהות _____
מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבאי כוחו או למי
שפועל מטעמו כל מידע בקשר למחלתי ומצבי הרפואי, הטיפול
שניתן לי, תוצאותיו, כל מסמך רפואי אודותי וכל מידע אחר שידרש
על-ידם.

חתימה: ✕ _____



המוסד לביטוח לאומי



לכבוד _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ מס' זהות _____
מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבאי כוחו או למי
שפועל מטעמו כל מידע בקשר למחלתי ומצבי הרפואי, הטיפול
שניתן לי, תוצאותיו, כל מסמך רפואי אודותי וכל מידע אחר שידרש
על-ידם.

חתימה: ✕ _____

המוסד לביטוח לאומי



לכבוד _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ מס' זהות _____
מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבאי כוחו או למי
שפועל מטעמו כל מידע בקשר למחלתי ומצבי הרפואי, הטיפול
שניתן לי, תוצאותיו, כל מסמך רפואי אודותי וכל מידע אחר שידרש
על-ידם.

חתימה: ✕ _____