



תביעה לצרוף דרגות נכות מעבודה עקב נכות כתוצאה מפגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- תעודות רפואיות וסיכומי מחלה ממוסדות רפואיים או מרופאים שטפלו בכך 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

מינהל הגמלאות

מעבודה עקב נכות כתוצאה

מפגיעה בעבודה

חותמת קבלה

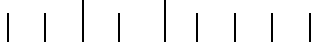
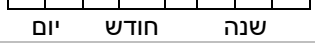
1

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
☐ שכיר ☐ עצמאי		תאריך לידה			
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
טלפון קווי		טלפון נייד		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	
☐ 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	

2

תאריך פגיעה	אחוז נכות
שנה חודש יום	1.
שנה חודש יום	2.
שנה חודש יום	3.

3

הליקוי / מחלה / מום	תאריך התחלה
1.	 שנה חודש יום
2.	 שנה חודש יום
3.	 שנה חודש 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

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 _____ _____		מ- _____ עד _____	☐ משרה מלאה ☐ משרה חלקית. פרט: מס' שעות בשבוע _____ אם חלקית, מהי הסיבה?	
שם _____ מען _____ _____		מ- _____ עד _____	☐ משרה מלאה ☐ משרה חלקית. פרט: מס' שעות בשבוע _____ אם חלקית, מהי הסיבה?	
שם _____ מען _____ _____		מ- _____ עד _____	☐ משרה מלאה ☐ 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?

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 ☐ לחשבון 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 _____
תאריך חתימת מקבל התשלום חתימת/חתימות השותפים לחשבון

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 ביועין 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.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת btldpo@nioi.gov.il. אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצדדי ג', בהתאם לדין.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוודאו 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 _____
תאריך חתימת התובע