



תביעה לדיון מחדש לפי תקנה 36 (החמרה במצב)

חובה לצרף לטופס זה

תשומת לבך כי חובה למלא ולהגיש אישור על החמרה מרופא שאושר לכך בקופת חולים, או מכתב שחרור מאשפוז כתוצאה מהתאונה (בתנאי שלא חלפו 90 יום מיום השחרור מבית החולים).
(לרשימת הרופאים המוסמכים למתן אישור החמרה כאמור, יש לפנות לקופת חולים בה אתה מטופל).

נא לצרף את כל הבדיקות וחוות הדעת עליהן הסתמך הרופא המוסמך במתן תעודת ההחמרה.
לפני הפנייה לקופת חולים עליך להצטייד בהעתק פרוטוקול הועדה האחרונה, שקבעה את הנכות. (אם אין ברשותך העתק פרוטוקול ניתן לקבלו בפניה לסניף).

זכור ! ללא אישור החמרה (עמוד 4) כאמור לעיל, לא ניתן לטפל בבקשתך.

לידיעתך

הוועדה אינה מוסמכת לקבוע דרגת נכות, על סמך תקנה 36, בעד התקופה שקדמה למועד הגשת התביעה.
באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

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 וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="10">מס' זהות / דרכון</td></tr><tr><td></td><td></td><td colspan="6">סוג המסמך</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">דפים</td><td colspan="6"></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
ביטוח נפגעי עבודה



תביעה לדיון מחדש
לפי תקנה 36 (החמרה במצב)

מבקש לדון מחדש בדרגת נכותי בשל החמרה במצבי כתוצאה מפגיעה בעבודה מתאריך _____ מצ"ב אישור שחלה החמרה במצבי, מרופא שמוסמך לכך בקופת חולים.

1

חלפו לפחות 6 חודשים מאז נקבעה דרגת נכות ע"י וועדה רפואית עבור פגימה זו

האיבר שהוכר ועבורו נדרשת החמרה

פגימה חדשה שנתגלתה (במידה ולא נדונה בעבר אין חשיבות למועד קיום הוועדה)

האיבר בו התגלתה פגימה חדשה

2

פרטי התובע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			
		@			

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם פרטי 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. לידעתך, 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	ישוב	מיקוד

אם אתה מיוצג ע"י: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת, ☐ בית חולים ☐ אחר _____ נא ציין את פרטיו:

שם	טלפון קווי/נייד

תאריך תחילת התקשרות:

כתובת

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני השותף בחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, 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, 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 פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת מחושבת, 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 * _____

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 ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, 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.

תאריך _____ חתימת התובע * _____ חתימת התובע * _____



החמרה במצב הרפואי כתוצאה מפגיעה בעבודה
למילוי ע"י רופא מאושר לתקנה 36 מקופת החולים (העברה באמצעות הנפגע)
אישור לפי תקנה 36 לתקנות בדבר דרגת נכות לנפגעי עבודה

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
שם קופת החולים		

מסקנות

לאחר שעיינתי במסמכיו/ה הרפואיים, ובהשוואה לממצאים הרפואיים המתוארים בדו"ח הוועדה הרפואית
מיום _____ אשר קבעה את דרגת נכותו/ה עקב תאונת העבודה מיום _____, הגעתי
למסקנה כלהלן:

1. חלה החמרה בפגימה, כמפורט להלן: _____

2. לא חלה החמרה בפגימה, כמפורט להלן: _____

3. קיימת פגימה חדשה הנובעת להערכתי מהפגיעה בעבודה כמפורט להלן: _____

4. קיימת החמרה, אך לא ניתן לקבוע אם יש קשר לפגיעה בעבודה כמפורט להלן: _____

תאריך _____ שם הרופא _____ חתימה וחותמת ✕ _____

אישור זה אינו מהווה קביעה מחייבת בדבר קיומה או העדרה של החמרה במצב על רקע תאונת העבודה.
יודגש כי רק ועדה רפואית מטעם המל"ל מוסמכת לקבוע קיומה של החמרת מצב, ומסמך זה מהווה בדיקה ראשונית של המסמכים בלבד, ללא בדיקה קלינית
של הנפגע/ת ומבלי שיהא בו כדי להכריע בסוגיה.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה						
11		<table><tr><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	שנה	חודש	יום			
שנה	חודש	יום						
שם משפחה	שם פרטי							
חבר בקופת חולים								
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____								

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטתי 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 x _____