



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
ביטוח נכות

בקשה לבדיקה מחדש  
למקבל קצבת נכות

עמוד 1 מתוך 6

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 10%; height: 20px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 15%; height: 20px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">סוג המסמך</p>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p><b>חותמת קבלה</b></p>
--	----------------------------------	--------------------------

תאריך \_\_\_\_\_

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

1

פרטי המבקש

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
מצב משפחתי		מספר ילדים עד גיל 24
<input type="checkbox"/> רווקה	<input type="checkbox"/> אלמן/ה	מתאריך
<input type="checkbox"/> נשוי/אה	<input type="checkbox"/> גרושה	שנה חודש יום
<input type="checkbox"/> פרודה	<input type="checkbox"/> ידועה/בציבור	

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות**

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

**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 הרשומה למעלה)**

מיקוד	ישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

2

נימוקי הנכה לבקשה לבדיקה מחדש

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3

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

אני מסכים בזה שהרופא יקבע את אחוזי הנכות הרפואית שלי לפי מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי, שלמרות זו יהיה עליי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 תאריך חתימת התובע

4

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

שם משפחה מגיש הבקשה	שם פרטי מגיש הבקשה	מספר זהות ס"ב
יחס קרבה לנכה (בן משפחה)		אם ברשותך צו אפוטרופסות או פסק דין; ציין איזה וצרף העתק

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים)**

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

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.

**אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים, נא לציין אחזה ולצרף מסמך:**

ייפוי כח  צו אפוטרופסות  פסק דין

אם אין ברשותך האמור לעיל, אנא מלא – אני מבקש להתמנות כמקבל גמלה

**אם אתה מיוצג ע"י עורך דין,** יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או **אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס,** יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

הצהרת התובע / מגיש הבקשה

אני החתום מטה מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בבקשה ובצירופיה הם נכונים. אם יחול שינוי באחד הפרטים שמסרתי בבקשה זו אני מתחייב להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. ידוע לי, כי בהתאם לחוק אדם אשר גרם במירמה או בידועין למתן 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, אם תהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו.

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.

אני מסכים לוועדה בווידאו צ'אט  כן  לא.

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


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

על מנת להקל עליך ולזרז את הטיפול בתביעתך באפשרותנו לפנות באופן ייזום למעסיקיך ומשלמי הפנסיה שלך, לרבות כאלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב). אם אינך מסכים, ציין זאת:

אני התובע מסרב לכך שתפנו לקבל את נתוני ההכנסות באופן דיגיטלי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע או מגיש התביעה \_\_\_\_\_ x

אם הבקשה נחתמה בחתימת אצבע, ציין:

שם העד	מספר זהותו ס"ב	חתימת העד
		_____ x

### הצהרה על עבודה והכנסות של נכה ובן/בת זוגו

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

<b>הצהרה על עבודה, הכנסות מעבודה ודמי מחלה ב-12 החודשים האחרונים</b> (סמן ב-√ והשלם הפרטים)		<b>2</b>
<b>בן / בת זוג</b>	<b>נכה</b>	
<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)
<b>* אם אי אפשר להמציא אישורי שכר</b>		
		6. א. ציין את הסיבה ואת שם המעביד
עה _____ בחודשים: _____	עה _____ 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 ממשד 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, דיווידנד, תכנית 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 מוכר
<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)

על מנת להקל עליך ולזרז את הטיפול בתביעתך באפשרותנו לפנות באופן ייזום למעסיקיך ומשלמי הפנסיה שלך, לרבות באלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב). אם אינך מסכים, ציין זאת:

אני התובע מסרב  אני בן זוג התובע מסרב (נשוי / ידוע בציבור)  
 שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים ולמשלמי הפנסיה שלי לקבל דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי.  
 ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח הלאומי בעצמי, אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי וזכאות לבן / בת הזוג

הצהרה וחתימה

אני מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים ואני מאשר אותם בחתימת ידי.  
 ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים היא עברה על החוק.

הערות:

<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	_____
חתימת בן / בת הזוג	שם בן / בת זוג	חתימת הנכה	תאריך



המוסד לביטוח לאומי  
מנהל הגמלאות  
ביטוח נכות

כתב ויתור על סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות כללית

חותמת קבלה

פרטים אישיים

	<p>תאריך תביעה</p> <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td>         </td> <td>         </td> <td>     </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				<p>מספר זהות/דרכון</p> <table border="1"> <tr> <td>   </td> </tr> </table>		<p>קוד גמלה</p> <p>33</p>
שנה	חודש	יום								
<p>שם פרטי</p>		<p>שם משפחה</p>								
<p>חבר בקופת חולים</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית                   <input type="checkbox"/> מאוחדת                   <input type="checkbox"/> מכבי                   <input type="checkbox"/> לאומית                   <input type="checkbox"/> אחר _____             </p>										

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, למצבי הרפואי, לטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שידרשו או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי על אודותיי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח ✕ \_\_\_\_\_