



## תביעה לדיון מחדש לפי תקנה 36 (החמרה במצב) طلب لفحص مجدد وفقاً للنظام 36 (تدهور في الحالة)

### חובה לצרף לטופס זה عليك إرفاق ما يلي

- אישור על החמרה מרופא שמוסמך 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).  
مستند يشير الى تدهور حالتك الصحية من طبيب مؤهل في صندوق المرضى أو مستند مغادرة المستشفى بعد مكوث إثر الحادث (شرط بأن لا يمر 90 يوماً من تاريخ مغادرة المستشفى).
- נא לצרף את כל הבדיקות וחוות הדעת עליהן הסתמך הרופא המוסמך במתן תעודת החמרה.  
الرجاء إرفاق جميع الفحوصات والمستندات التي اعتمد عليها الطبيب لتحديد تدهور الحالة الصحية.
- לפני הפנייה לקופת חולים עליך להצטייד בהעתק פרוטוקול הועדה האחרונה, שקבעה את הנכות. (אם אין ברשותך העתק פרוטוקול ניתן לקבלו בפניה לסניף).  
عليك أخذ نسخة عن بروتوكول اللجنة التي حدّدت العجز قبل توجيهك لصندوق المرضى. (تستطيع الحصول على نسخة عن طريق التوجه لفرعك إن لم يكن بحوزتك نسخة عن البروتوكول).

**זכור ! ללא אישור החמרה כאמור לעיל, לא ניתן לטפל בבקשתך.**

**תזכר! לא ימکن מעالجة طلبك بدون مستند عن تدهور الحالة الصحية المطلوب أعلاه.**

### לידיעתך لعلمك

- הוועדה אינה מוסמכת לקבוע דרגת נכות, על סמך תקנה 36, בעד התקופה שקדמה למועד הגשת התביעה.  
اللجنة غير مخولة بتحديد نسبة العجز, وفقاً للنظام 36, عن الفترة التي سبقت موعد تسليم هذا الطلب.
- באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר.  
يمكنك استلام المكاتيب بواسطة البريد الالكتروني بدلا من البريد. لذا, عليك تعبئة تفاصيل البريد الالكتروني في الطلب. لعلمك, تُعفى مؤسسة التأمين الوطني من ارسال المكاتيب بواسطة البريد في هذه الحالة.

## כיצד יש להגיש את התביעה כيفية تقديم الطلب

את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:   
تستطيع تقديم الطلب مع الاثباتات اللازمة في احدى الطرق التالية:

- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il), ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.  
تعبئة الطلب في موقع التأمين الوطني [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il) وارساله عبر الانترنت مع المستندات الإضافية لفرع التأمين الوطني التابع لمكان سكنك.
  - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.  
تعبئة الطلب خطياً ونسخه ضوئياً مع المستندات الإضافية ومن ثم ارساله بواسطة موقع الانترنت/ارسال مستندات.
  - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.  
ارساله بواسطة البريد، فاكس أو صندوق الخدمة المتواجد في الفرع الموجود في مكان سكنك.
- לשאלות ולבירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).  
لأسئلة والاستفسار عليك التوجه لهاتف رقم 6050\* أو 04-8812345، أو الاستعانة بموقع الانترنت [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

## חובה לחתום על טופס התביעה التوقيع على نموذج الطلب إلزامي

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד  
كتبت هذه الإستمارة بصيغة المذكر لكنها موجهة للنساء والرجال على حدّ سواء



## המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות  
ביטוח נפגעי עבודה  
مؤسسة التأمين الوطني  
مديرية المخصصات  
تأمين إصابات العمل

## חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות / דרכון											
סוג		דפים		המסמך		יום		חודש		שנה	

## תביעה לדין מחדש

לפי תקנה 36 (החמרה במצב)  
طلب لفحص مجدد وفقاً للنظام 36  
(تدهور في الحالة)

יום	חודש	שנה
יום	شهر	سنة

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

أطلب البحث مجدداً بنسبة العجز لدي بسبب تدهور في حالتي نتيجة إصابة في العمل بتاريخ مرفق إثبات عن تدهور حالتي من طبيب مخول في صندوق المرضى.

## פרטי התובע تفاصيل مقدم الطلب

1

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية ס"ב
-------------------------	-------------------------	--------------------------------

## כתובת (הרשומה במשרד הפנים) العنوان (كما هو مسجل في وزارة الداخلية)

רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد	מס' בית رقم المنزل	כניסה المدخل	דירה الشقة	יישוב البلدة	מיקוד رقم المنطقة
טלפון קווי رقم الهاتف	טלפון נייד الهاتف الخليوي	דואר אלקטרוני البريد الالكتروني			

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:  
إذا لم يكن الهاتف او البريد الإلكتروني لك – الرجاء تكملة التفاصيل التالية للشخص الذي سيتم التواصل معه:

שם משפחה איש קשר اسم العائلة	שם פרטי איש קשר الاسم الشخصي	מס' זהות איש קשר رقم الهوية
---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעיתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. ארצות אסלאם الرسائل التي تشمل معلومات شخصية عبر القنوات المباشرة (الديجيتال) (رسائل نصية – SMS, البريد الالكتروني) بدلا من البريد العادي. يرجى الملاحظة أنه إذا لم تُشير لعلامة "أنا أرفض"، سيتم إرسال رسائل التأمين الوطني إلى القنوات المباشرة وفقاً للمعلومات التي قدمتها.

## מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה) العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن العنوان أعلاه)

רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد	מס' בית رقم المنزل	כניסה المدخل	דירה الشقة	יישוב البلدة	מיקוד رقم المنطقة
-----------------------------------	-----------------------	-----------------	---------------	-----------------	----------------------

אם אתה מיוצג ע"י:  עו"ד  חברת מימוש זכויות  יד מכוונת,  בית חולים  אחר \_\_\_\_\_ נא ציין את פרטיו:  
إذا كان يمثلك: محام شركة لتنفيذ الحقوق يد موجهة مستشفى آخر \_\_\_\_\_ الرجاء تسجيل التفاصيل:

שם الاسم	טלפון קווי/נייד رقم الهاتف/الخليوي	תאריך תחילת התקשורת: تاريخ بداية التواصل:
-------------	---------------------------------------	--

שמות בעלי החשבון اسماء أصحاب الحساب			
שם הבנק اسم البنك	שם הסניף/כתובתו اسم الفرع/عنوانه	מס' סניף رقم الفرع	מספר חשבון رقم الحساب

אני השותף בחשבון הבנק של ת.ז. \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.  
أنا شريك في حساب البنك التابع لحامل بطاقة هوية رقم \_\_\_\_\_ الاسم \_\_\_\_\_ ألتزم باستخدام مبلغ المخصصات الذي سيحوّل إلى الحساب، لمصلحة متلقي المخصصات.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתיים 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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.  
אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, 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.

ألتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي تغيير قد يطرأ على هوية الشركاء في حساب البنك و/أو المفوضين في الحساب، والحصول على توقيعهم على استمارة تحديث الحساب. أوافق بأن يقوم البنك من حين إلى آخر بتزويد مؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، بتفاصيل الشركاء والمفوضين، وذلك خلال فترة الاستحقاق أو بعدها.  
أوافق أن يقوم البنك بإعادة الأموال المودعة في حسابي لمؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، وذلك في حال قامت المؤسسة بتحويل مبلغ ما إلى حسابي بالخطأ أو بشكل غير قانوني، سواء كان كاملاً أو جزئياً. كما ويجوز للبنك تزويد المؤسسة بتفاصيل الأشخاص الذين قاموا بسحب الأموال. أوافق بأن تتوجه المؤسسة للبنك المذكور أعلاه، بواسطة الاتصالات المحوسبة، لغرض التحقق من ملكيتي لحساب البنك أعلاه وتزويدها بالمعلومات الضرورية لهذا الغرض. وبدلاً من ذلك، معلوماً لدي بأن المؤسسة تستطيع طلب مستندات وإثباتات إضافية من أجل التحقق من تفاصيل حساب البنك المصرح عنه أعلاه ويجب علي إرفاقها حسب الطلب.

תאריך تاريخ	חתימת מקבל הגמלה توقيع متلقي المخصصات	חתימת/חתימות השותפים לחשבון توقيع الشركاء في الحساب
----------------	--	--

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 ביודעין 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.**

أنا الموقع أدناه أصرّح بهذا أنّ جميع التفاصيل التي قدّمت ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة. أعلم أنّ تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تعتبر مخالفة للقانون، وأنّ الشخص الذي يقوم، بالعلم أو الاحتيال، للمصادقة على دفع المخصّصات وفق هذا القانون، أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية، سيعاقب بدفع غرامة أو بالسجن.

أعلم أنّ أيّ تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملاحقه قد يؤثر على استحقاقي للمخصّصات أو على تراكم دين، لهذا ألتزم بالتبليغ عن أيّ تغيير خلال 30 يوم.

أعلم بأنه يجب ابلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أيّ تغيير قد يحدث في تفاصيل الاتصال لدي. في حال عدم تحديث تفاصيل الاتصال فسيتمّ ارسال المعلومات عبر القنوات التي سجّلتها في هذا النموذج.

□ أوافق بهذا على نقل المعلومات الخاصة بي إلى المؤسسات التي تقدّم الامتيازات, اذا كنت مؤهلاً للحصول على هذه الامتيازات.

תאריך \_\_\_\_\_

חתימת התובע ✕ \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

תوقيع مقدم الطلب ✕ \_\_\_\_\_

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
مؤسسة التأمين الوطني  
مديرية المخصصات

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

تنازل عن السرية الطبية

اسم المخصصات: عجز من العمل

פרטים אישיים  
تفاصيل شخصية

1

תאריך הפגיעה تاريخ الإصابة	מספר זהות/דרכון رقم الهوية/جواز السفر	קוד גמלה رمز المخصصات
		11
שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة	חבר בקופת חולים عضو في صندوق المرضى
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר كلايت <input type="checkbox"/> متوحدت <input type="checkbox"/> مكابي <input type="checkbox"/> لئوميت <input type="checkbox"/> آخر		

הצהרה  
تصريح

2

אני ה"ח"מ, שפרטיי 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.

אנא המועד אדנא, המזכורה תפאסילי אעלאה פי זהא الطلّب، أتنازل عن السرية الطبية وأطلب بهذا تزويد مؤسسة التأمين الوطني أو من يمثّلها، بكل المعلومات عن مرضي، حالتي الصحيّة، العلاج الذي أتلّقه، نتائجّه، أي ترتيب حول إطار خارج المنزل، أي معلومة كانت، كل مستند طبي أو تأهيلي أو نفسي عني شخصياً.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח X \_\_\_\_\_  
تاريخ \_\_\_\_\_ توقيع مقدم الطلب X \_\_\_\_\_