

עמוד 1 מתוך 5



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ביטוח נכות

בקשה לבדיקה מחדש
למקבל קצבת נכות

| | |
|---|-------------------|
| לשימוש פנימי בלבד (סריקה) | חותמת קבלה |
| מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים | |

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 | מתאריך | מספר ילדים עד גיל 24 |
| <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> גרושה | <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> ידועה בציבור | שנה חודש יום |

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

| | | | | | |
|----------------|------------|---------------|------|-------|-------|
| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב | מיקוד |
| 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 הרשומה למעלה)

| | | | | | |
|----------------|---------|-------|------|-------|-------|
| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב | מיקוד |
|----------------|---------|-------|------|-------|-------|

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 ב"ס |
| יחס קרבה לנכה (בן משפחה) | | אם ברשותך ייפוי כוח או צו אפוטרופסות 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 | _____ @ _____ | | |

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל

5

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 ביודעין 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

(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.

_____ x
 תאריך
 חתימת התובע או מגיש התביעה

אם הבקשה נחתמה בחתימת אצבע, ציין:

| | | |
|---------|------------------|-----------|
| שם העד | מספר זהות ב"ס | חתימת העד |
| _____ x | _____ | _____ x |

הצהרה על עבודה והכנסות של נכה ו/בן/בת זוגו

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

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

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

| בן / בת זוג | | נכה | | | |
|---|------------------------------|--|------------------------------|--|--|
| | | צרך 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 | |
| | | צרך 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 | |
| | | צרך 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 וצרך אישור | |
| | | | | 14. תשלומים שטרם שולמו (פנסיה, ביטוח) | |

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:

| | | | |
|-------------------------------|-----------------------|---------------------------|------------------|
| _____ x חתימת בן / בת הזוג | _____ x חתימת הנכה | _____ x שם בן / בת זוג | _____ x תאריך |
|-------------------------------|-----------------------|---------------------------|------------------|



המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
ביטוח נכות

חותמת קבלה

כתב ויתור על סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות כללית

פרטים אישיים

קוד גמלה

33

מספר זהות/דרכון

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

תאריך תביעה

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

שנה חודש יום

שם משפחה

שם פרטי

חבר בקופת חולים

כללית מאוחדת מכבי לאומית אחר _____

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, תוצאותי, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שידרשו או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי על אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח x _____