



תביעה לצרוף דרגות נכות מעבודה עקב נכות כתוצאה מפגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- ↪ תעודות רפואיות וסיכומי מחלה ממוסדות רפואיים או מרופאים שטפלו בך 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.
- ↪ לנחיותך, 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

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

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

סיבת הפסקת העבודה או השינוי	היקף המשרה	תקופת העבודה (תאריכים)	מקצועך או תפקידך העיקרי	המוסד המעביד / המפעל / העסק
	<input type="checkbox"/> משרה מלאה <input type="checkbox"/> משרה חלקית. פרט: מס' שעות בשבוע _____ אם חלקית, מהי הסיבה? _____	מ- _____ עד _____		שם _____ מען _____ _____
	<input type="checkbox"/> משרה מלאה <input type="checkbox"/> משרה חלקית. פרט: מס' שעות בשבוע _____ אם חלקית, מהי הסיבה? _____	מ- _____ עד _____		שם _____ מען _____ _____
	<input type="checkbox"/> משרה מלאה <input type="checkbox"/> משרה חלקית. פרט: מס' שעות בשבוע _____ אם חלקית, מהי הסיבה? _____	מ- _____ עד _____		שם _____ מען _____ _____

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

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

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 לחשבוני 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.

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

הצהרה

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 ביודעין 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 בעת מילוי הטופס וצירופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך 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 www.btl.gov.il < יצירת קשר < פנייה בנושא הגנת הפרטיות.!

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 _____

תאריך _____ חתימת התובע _____