



תביעה לקביעת דיון מחדש בדרגת נכות מעבודה עקב שינוי בהכנסות (תקנה 17)

לידיעתך

- נכה מעבודה בעל דרגת נכות של 20% ומעלה לצמיתות, רשאי לבקש הגדלה של דרגת אחוזי הנכות, אם עקב הפגיעה חלה ירידה ניכרת בהכנסותיו, גם אם אין שינוי במצבו הרפואי.
- ניתן להגיש תביעה לאחר 12 חודשים ולא יותר מ-60 חודשים מאז שקבעה ועדה רפואית את דרגת הנכות. החלטה לעניין תקנה 17 הינה בסמכות ועדת הרשות.
- ועדת רשות מורכבת מרופא המוסד, פקיד תביעות נפגעי עבודה ופקיד שיקום.
- ועדת רשות רשאית לקבוע דרגת נכות יציבה גדולה עד מחצית מהנכות הרפואית שנקבעה, בהתייחס לגילו ומקצועו של המבוטח. הוועדה תתייחס למסוגלותו של הנפגע לחזור לעבודה ותקבע אם הנכות הביאה לירידה ניכרת בהכנסות המבוטח באופן קבוע.
- ההגדלה תהיה עד למחצית מדרגת הנכות הקיימת.

חובה לצרף לטופס זה

- שכיר – אישור המעסיק כמפורט בעמוד 4 בטופס תביעה זה.
- עצמאי/בעל שליטה – דוחות מע"מ לתקופה המבוקשת בתביעה זו.
- ניתן לצרף כל מסמך רלוונטי אחר – אישור רופא תעסוקתי, אישור על הפסקת עבודה, הודעה על צמצום עבודה או היקף משרה, הודעת פיטורין.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן ידני, לסרוק יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט ← שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות וברורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il

לידיעתך!

- באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.
- מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- לשאלות וברורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט ← יצירת קשר.



חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

תביעה לדיון מחדש בדרגת נכות מעבודה עקב שינוי בהכנסות (תקנה 17)

1

פרטי התובע

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות ס"ב _____

תאריך לידה _____ שנה _____ חודש _____ יום _____

שכיר עצמאי

כתובת מגורים

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____	_____	_____

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____ דואר אלקטרוני: _____@_____

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

שם משפחה של איש קשר _____ שם פרטי של איש קשר _____ מס' זהות של 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 הרשומה למעלה)

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____	_____	_____

2

תובע במעמד שכיר

שכיר – מקום העבודה _____ מעמד: זמני קבוע

לא חזרתי לעבודה לאחר הפגיעה החלפתי מקום עבודה

הפסקתי לעבוד שעות נוספות החלפתי תפקיד צמצמתי את היקף המשרה, הסיבה: _____

הוצעה לי עבודה אחרת ע"י מעסיקי: כן לא, ציין את הסיבה _____ הערות נוספות: _____

3 תובע במעמד עצמאי

3

עצמאי/העסק בבעלותי שותפות שכיר בחברה של עצמו

*יש לצרף דוחות מע"מ של 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה

אני מעסיק עובדים כן לא מצב העסק כיום: העסק סגור צמצמתי פעילות עקב הפגיעה העסק ללא שינוי

הערות נוספות: _____

4 פרטי חשבון הבנק של התובע

4

שמות בעלי החשבון

שמות בעלי החשבון		שם הסניף/כתובת	שם הבנק
מס' חשבון	מס' סניף		

אני, השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____, שם _____, מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק 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, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

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 ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד ראשי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך _____ חתימת מקבל הגמלה חתימת השותפים לחשבון



**אישור המעסיק על תקופת
ההעסקה ועל השכר**

פרטי המעסיק					
שם המעסיק			מספר תיק ניכויים		
כתובת					
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
מספר טלפון	מספר פקס		דואר אלקטרוני		
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

פרטים על עבודה ושכר						
יש למלא פרטים על עבודת השכיר ועל השכר ב-12 החודשים שקדמו להגשת התביעה, כולל חודש עבודה אחרון. אין לכלול רכיבי שכר שאינם חייבים בדמי ביטוח לאומי ואין לכלול תשלומים שניתנו לעובד אחרי ניתוק יחסי עובד-מעביד.						
בשנה/ בחודש	השכר ברוטו החייב בדמי ביטוח בש"ח (כולל הפרשים ותשלומים נוספים)	דמי ביטוח ודמי בריאות שנוכו	אחוז משרה	מס' ימי עבודה עבורם שולם שכר (כולל ימי חג, חופשה, מחלה)	היעדרויות עבורן לא שולם שכר	סיבה
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						

הצהרת המעסיק	
אני, החתום מטה, מצהיר בזאת שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו של העובד, כנדרש בחלק זה.	
תאריך _____	חתימת ממלא הטופס ותפקידו _____
חתימה וחותמת המעסיק/העסק _____	