



תביעה לדיון מחדש לפי תקנה 36 (החמרה במצב)

חובה לצרף לטופס זה

- ✍ 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).
- ✍ נא לצרף את כל הבדיקות וחוות הדעת עליהן הסתמך הרופא המוסמך במתן תעודת החמרה.
- ✍ לפני הפנייה לקופת חולים עליך להצטייד בהעתק פרוטוקול הועדה האחרונה, שקבעה את הנכות. (אם אין ברשותך העתק פרוטוקול ניתן לקבלו בפניה לסניף).

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

לידיעתך

- ✍ הוועדה אינה מוסמכת לקבוע דרגת נכות, על סמך תקנה 36, בעד התקופה שקדמה למועד הגשת התביעה.
- ✍ 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.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - 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 וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ביטוח נפגעי עבודה

**תביעה לדין מחדש
לפי תקנה 36 (החמרה במצב)**

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

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

1

פרטי התובע

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____

כתובת (הרשמה 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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

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

אם אתה מיוצג ע"י: עו"ד חברת מימוש זכויות יד מכוונת, בית חולים אחר _____ -נא ציין את פרטיו: _____

שם _____ טלפון קווי/נייד _____ תאריך תחילת התקשרות: _____

2

פרטי חשבון הבנק של התובע

שמות בעלי החשבון _____

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
_____	_____	_____	_____

אני השותף בחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימה 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 פרטיהם של מושכי התשלומים. אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנוחץ 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

תאריך _____ חתימת מקבל הגמלה * _____ חתימת השותפים לחשבון * _____

3

הצהרה

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 ביוזעין 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.

תאריך _____ חתימת התובע *

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה

11

מספר זהות/דרכון

תאריך הפגיעה

שנה חודש יום

שם פרטי

שם משפחה

חבר בקופת חולים

כללית מאוחדת מכבי לאומית אחר _____

הצהרה

2

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, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח * _____