



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ביטוח נכות

**בקשה לבדיקה מחדש
למקבל קצבת נכות**

עמוד 1 מתוך 5

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10%; height: 20px;"></div> </div> <p>מס' זהות / דרכון</p>	<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p>חותמת קבלה</p>
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></div> </div> <p>סוג המסמך</p>	<p>דפים</p>	

לידיעתך. המוסד רשאי לקבוע אחוזי נכות רפואית ודרגת אי כושר נמוכים מאלה שנקבעו בעבר

פרטי המבקש						1
<p>שם משפחה</p>	<p>שם פרטי</p>	<p>מספר זהות ס"ב</p>				<p>לשימוש המוסד</p> <p>לפקיד התביעות יש להשוות את פרטי המבקש לנתוני הקובץ. שינוי שם דווח בטופס 7815, שינוי מען דווח במסך 24</p>
<p>מצב משפחתי</p>	<p><input type="checkbox"/> רווק/ה</p> <p><input type="checkbox"/> נשוי/אה</p>	<p><input type="checkbox"/> אלמן/ה</p> <p><input type="checkbox"/> גרושה</p>	<p><input type="checkbox"/> פרוד/ה</p> <p><input type="checkbox"/> ידועה/בציבור</p>	<p>מספר ילדים עד גיל 24</p>	<p>מתאריך</p>	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)						
<p>רחוב / תא דואר</p>	<p>מס' בית</p>	<p>כניסה</p>	<p>דירה</p>	<p>יישוב</p>	<p>מיקוד</p>	
<p>טלפון קווי</p>	<p>טלפון נייד</p>	<p>דואר אלקטרוני</p>				
<p><input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS</p>						
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)						
<p>רחוב / תא דואר</p>	<p>מס' בית</p>	<p>כניסה</p>	<p>דירה</p>	<p>יישוב</p>	<p>מיקוד</p>	

נימוקי הנכה לבקשה לבדיקה מחדש	2
<p>פרט את השינויים שחלו במצבך הרפואי והתעסוקתי מאז הבדיקה הקודמת, וצרף אישורים רפואיים מעודכנים ומפורטים:</p>	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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	_____
חתימת התובע	תאריך

4

פרטי מגיש הבקשה - ימולא אם הנכה אינו מסוגל להגיש את הבקשה בעצמו עקב מצבו הבריאותי

מספר זהות ס"ב 	שם פרטי מגיש הבקשה	שם משפחה מגיש הבקשה
אם ברשותך ייפוי כוח או צו אפוטרופוסות או פסק דין; ציין איזה וצרף העתק		יחס קרבה לנכה (בן משפחה)

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
דואר אלקטרוני		טלפון נייד 		טלפון קווי 	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					

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.

(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	_____
חתימת התובע או מגיש התביעה	תאריך

אם הבקשה נחתמה בחתימת אצבע, ציין:

חתימת העד _____ x	מספר זהותו ס"ב 	שם העד
----------------------	---	--------

הצהרה על עבודה והכנסות של נכה ובן/בת זוגו

פרטי המבקש		1
שם משפחה	שם פרטי	מצב משפחתי (אחרון) <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> גרוש/ה <input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) 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		
<input type="checkbox"/> לא, ואני מצהיר בזה שאיני עובד. <input type="checkbox"/> כן		<input type="checkbox"/> לא, ואני מצהיר בזה שאיני עובד. <input type="checkbox"/> כן		1. עובד/ת כיום
				2. שם המעביד וכתובתו: (מי שאינו עובד ועבד ב-5 השנים האחרונות ירשום פרטי מעבידו האחרון)
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, תאריך הפסקת העבודה: 		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, תאריך הפסקת העבודה: 		3. למי שאינו עובד - האם עבדת בשנה האחרונה?
				4. לעובד עצמאי - סוג העיסוק האחרון:
<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	5. הכנסה מעבודה ב-12 החודשים האחרונים: (צרף אישורי שכר *)
<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	הכנסה מדמי מחלה: (צרף אישורים)
* אם אי אפשר להמציא אישורי שכר				
				6. א. ציין את הסיבה ואת שם המעביד
ב. הכנסות מעבודה לחודש _____ ₪ בחודשים: _____		_____ ₪ בחודשים: _____		

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

בן / בת זוג		נכה		
		צדף 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
		צדף 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
		צדף 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 וצדף 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	_____ x	_____ x	_____
חתימת בן / בת הזוג	שם בן / בת זוג	חתימת הנכה	תאריך



המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
ביטוח נכות

כתב ויתור על סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות כללית

חותמת קבלה

פרטים אישיים

	<p>תאריך תביעה</p> <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				<p>מספר זהות/דרכון</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>		<p>קוד גמלה</p> <p>33</p>
שנה	חודש	יום								
<p>שם פרטי</p>		<p>שם משפחה</p>								
<p>חבר בקופת חולים</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____ </p>										

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

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____