



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.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✎ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ✎ לידיעתך - על פי חוק, לא תשולם הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- ✎ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לצרוף דרגות נכות
מעבודה עקב נכות כתוצאה
מפגיעה בעבודה

עמוד 1 מתוך 3

<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p>חותמת קבלה</p>	<p>מספר זהות / דרכון</p> <p>סוג המסמך</p> <p>דפים</p>
--	-------------------	---

1 פרטי התובע					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי		תאריך לידה			
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2 פרטי הפגיעות בעבודה	
אחוז נכות	תאריך פגיעה
	1. שנה חודש יום
	2. שנה חודש יום
	3. שנה חודש יום
	4. שנה חודש יום

3 פרטי על ליקויים נוספים שאינם קשורים לפגיעות בעבודה שצוינו בסעיף 2 – נא לצרף מסמכים רפואיים	
הליקוי / מחלה / מום	תאריך התחלה
	1. שנה חודש יום
	2. שנה חודש יום
	3. שנה חודש יום
	4. שנה חודש יום

4 גמלאות אחרות המשתלמות לך

4

מצה"ל. פרט:

אחר. פרט:

5 חזרה לעבודה לאחר הפגיעה האחרונה

5

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

כן - לאותו מקום עבודה

כן - למקום עבודה אחר. פרט שם המעביד: _____

כתובתו: _____

העיסוק



תאריך החזרה לעבודה

לא - ציין את הסיבה _____

6 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

7

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

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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

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

הצהרה

8

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.

_____ x _____
תאריך חתימת התובע