



## 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 טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.
- ✍ למידע נוסף אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://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)	
מס' זהות / דרכון	
סוג המסמך	דפים

**חותמת קבלה**

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

**1 פרטי התובע**

1

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____@
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד
<b>אם אתה מיוצג ע"י: <input type="checkbox"/> עו"ד <input type="checkbox"/> חברת מימוש זכויות <input type="checkbox"/> יד מכוונת, <input type="checkbox"/> בית חולים <input type="checkbox"/> אחר _____ - נא ציין את פרטיו:</b>		
שם	טלפון קווי/נייד	
כתובת	תאריך תחילת התקשרות:	

**2 פרטי חשבון הבנק של התובע**

2

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 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 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 /או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ 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**

3

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

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה																											
<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				<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						11
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 \* \_\_\_\_\_