



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.

לידיעתך

- ↪ לידיעתך - על פי חוק, לא תשולם הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- ↪ 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.
- ↪ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



תביעה לצרוף דרגות נכות
מעבודה עקב נכות כתוצאה
מפגיעה בעבודה

עמוד 1 מתוך 3

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <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></tr> </table> <p>מס' זהות / דרכון</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <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></tr> </table> <p>סוג המסמך דפים</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> </div> </div> </div>																																									

חותמת קבלה

1 פרטי התובע					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי		תאריך לידה שנה חודש יום			
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	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	
תאריך התחלה	הליקוי / מחלה / מום
שנה חודש יום	1.
שנה חודש יום	2.
שנה חודש יום	3.
שנה חודש יום	4.

4 גמלאות אחרות המשתלמות לך

4

מזה"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:

כתובת:

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 להחתימים 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 פרטי מושכי התשלומים.

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

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.

_____ חתימת התובע x _____ תאריך