



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה

**תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה**

**חותמת קבלה**

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

<b>פרטי התובע</b>					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
מין		מספר אישי בצה"ל		תאריך לידה	
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		<input type="checkbox"/> עיסוק <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> מתנדב <input type="checkbox"/> עצמאי		שנה    חודש    יום	
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>					
רחוב / תא דואר		מס' בית		מס' דירה	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>					
רחוב / תא דואר		מס' בית		מס' דירה	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	

**2 פרטי הפגיעה**

תאריך הפגיעה

שנה    חודש    יום

פרטים על הפגיעה

**3 פרטי מקום העבודה**

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה  
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק  
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

טלפון

רחוב		מס' בית		מס' דירה	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	

המקצוע ערב הפגיעה

**פרטי הטיפול רפואי**

**4**

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה:  לא  כן, פרט \_\_\_\_\_

שם בית החולים \_\_\_\_\_ תקופת אשפוז \_\_\_\_\_

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, MRI, CT, וכד')?  לא  כן, פרט \_\_\_\_\_

שם וכתובת המוסד הרפואי בו נעשו הבדיקות \_\_\_\_\_

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני מובטח בקופ"ח \_\_\_\_\_

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדין מטפלים בך:

שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה

**המגבלות שיש לך עקב הפגיעה בגינה הינך תובע גמלה**

**5**

המגבלות או הכאבים מהם הינך סובל	המסמך/התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

**חזרה לעבודה**

**6**

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?  כן - חזרתי לאותה העבודה  כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט \_\_\_\_\_

שם המעביד וכתובתו \_\_\_\_\_

תאריך החזרה לעבודה \_\_\_\_\_

לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה \_\_\_\_\_

**שליטה בשפה העברית**

**7**

אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר \_\_\_\_\_

לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית

לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית

**פרטים על תשלומים**

**8**

האם הנך מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

כן - ציין את סוג התשלום \_\_\_\_\_ מס' תיק באגף השיקום \_\_\_\_\_  
 לא

האם הנך מיוצג ע"י עו"ד? -  לא  כן, פרטי/מטה:

שם עו"ד \_\_\_\_\_

כתובת עו"ד \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_

נ																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

האם הגשת או הנך עומד להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?

לא  
 כן - ציין את שם הנתבע \_\_\_\_\_

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

**9**

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 הגמלה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מקבל הגמלה \_\_\_\_\_ חתימת/חתימות השותפים לחשבון \_\_\_\_\_

**הצהרה**

**10**

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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע \_\_\_\_\_

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך: \_\_\_\_\_ ופרט:

שם החותם	כתובת	מספר זהות מס' ב"ב

אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה	מספר זהות מס' ב"ב

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
		60
יום חודש שנה	שם פרטי	שם משפחה
חבר בקופת חולים		
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית 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 \* \_\_\_\_\_