



המוסד לביטוח לאומי  
מנהל הגמלאות  
ביטוח נכות

עמוד 1 מתוך 5

<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p><b>חותמת קבלה</b></p>
<p>מס' זהות / דרכון</p> <p>סוג המסמך</p> <p>דפים</p>	

**בקשה לבדיקה מחדש  
למקבל קצבת נכות**

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

<b>1 פרטי המבקש</b>					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
מצב משפחתי		פרודה <input type="checkbox"/>		מספר ילדים עד גיל 24	
רווקה <input type="checkbox"/>		אלמן/ה <input type="checkbox"/>		מתאריך	
נשוי/אה <input type="checkbox"/>		גרשה <input type="checkbox"/>		שנה חודש יום	
ידועה/בציבור <input type="checkbox"/>		<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>			
רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
0		0			
		<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

לשימוש המוסד  
לפקיד התביעות:  
יש להשוות פרטי המבקש לנתוני הקובץ.  
שינוי שם דוח בטופס 7815, שינוי מען דוח במסך 24

<b>2 נימוקי הנכה לבקשה לבדיקה מחדש</b>
פרט השינויים שחלו במצבך הרפואי והתעסוקתי מאז הבדיקה הקודמת, וצרך אישורים רפואיים עדכניים ומפורטים:

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 נכותי הרפואית לפי מסמכים בלבד ומבלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שלמרות זו יהיה עלי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

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

4

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

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

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים)**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
0		0			

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 בידועין לתן 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, במידה ותהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו.

(יסומן ב-V כאשר עובד המוסד ממלא את טופס הבקשה). כל הפרטים הרשומים בבקשה הוקראו באוזני ואני מאשר בזה כי הם תואמים את הפרטים שמסרתי בע"פ לעובד המוסד.

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 תאריך חתימת התובע או מגיש התביעה

אם הבקשה נחתמה בחתימת אצבע, ציין:

שם העד	מספר זהותו ב"ס	חתימת העד
_____	0	_____ x _____

הצהרה על עבודה והכנסות של נכה ו/בן/בת זוג

<b>פרטי המבקש</b>		שם פרטי	שם משפחה
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)			
מתאריך		מצב משפחתי (אחרון)	
שם		<input type="checkbox"/> רווק/ה	<input type="checkbox"/> אלמן/ה
יום חודש שנה		<input type="checkbox"/> נשוי/אה	<input type="checkbox"/> גרושה/ה
יום חודש שנה		<input type="checkbox"/> פרוד/ה	<input type="checkbox"/> ידועה/בציבור

<b>הצהרה על עבודה, הכנסות מעבודה ודמי מחלה ב-12 החודשים האחרונים (סמן ב-√ והשלם הפרטים)</b>				שם המעביד וכתובתו: (מי שאינו עובד ועבד ב-5 השנים האחרונות ירשום פרטי מעבידו האחרון)
<b>בן / בת זוג</b>		<b>נכה</b>		
לא, ואני מצהיר בזה שאיני עובד. <input type="checkbox"/> לא, ואני מצהיר בזה שאיני עובד. <input type="checkbox"/> כן		לא, ואני מצהיר בזה שאיני עובד. <input type="checkbox"/> לא, ואני מצהיר בזה שאיני עובד. <input type="checkbox"/> כן		1. עובד/ת כיום
לא, תאריך הפסקת העבודה: <input type="checkbox"/> לא, תאריך הפסקת העבודה: <input type="checkbox"/> כן		לא, תאריך הפסקת העבודה: <input type="checkbox"/> לא, תאריך הפסקת העבודה: <input type="checkbox"/> כן		2. שם המעביד וכתובתו: (מי שאינו עובד ועבד ב-5 השנים האחרונות ירשום פרטי מעבידו האחרון)
יום חודש שנה		יום חודש שנה		3. למי שאינו עובד - האם עבדת בשנה האחרונה?
יום חודש שנה		יום חודש שנה		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)
<b>* אם לא ניתן להמציא אישורי שכר</b>				
שם _____		שם _____		6. א. ציין הסיבה ושם המעביד
ב. הכנסות מעבודה לחודש _____		ב. הכנסות מעבודה לחודש _____		ב. הכנסות מעבודה לחודש

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

3

בן / בת זוג		נכה		
<b>פנסיה ותגמולים אחרים</b>				
<b>צדף 3 אישורים אחרונים</b>				
<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
<b>צדף אישורי בנק</b>				
<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, דיוידנד, תוכנית חיסכון
<b>צדף אישורים</b>				
<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
<b>הכנסה ממקור אחר</b>				
<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

4

אני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים והריני מאשר אותם בחתימת ידי.  
ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים מהווה עבירה על החוק.

הערות:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ x חתימת הנכה      \_\_\_\_\_ x שם בן / בת זוג      \_\_\_\_\_ חתימת בן / בת הזוג      \_\_\_\_\_ תאריך



המוסד לביטוח לאומי  
מנהל הגמלאות  
ביטוח נכות

**חותמת קבלה**

**כתב ויתור סודיות רפואית**

**שם הגמלה: נכות כללית**

**פרטים אישיים**

	<b>תאריך תביעה</b>  שנה    חודש    יום	<b>מספר זהות/דרכון</b> 	<b>קוד גמלה</b> 33
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**

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח ✕ \_\_\_\_\_