

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	סוג המסמך
דפים	

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

**1 פרטי התובע**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	עיסוק שכיר <input type="checkbox"/> מתנדב <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/>	מספר אישי בצה"ל
<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 הרשומה למעלה)</b>		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
	דירה	יישוב
מיקוד		

**2 פרטי הפגיעה**

תאריך הפגיעה

שנה | חודש | יום

פרטים על הפגיעה

**3 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'**

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/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

המקצוע ערב הפגיעה:



**3 א**

**פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון**

טלפון קווי <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table> טלפון נייד <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table> מס' פקס _____																																									<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> צה"ל</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> משמר הכנסת</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> שב"ס</td> <td><input type="checkbox"/> משא"ז</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> משטרה</td> <td><input type="checkbox"/> אחר</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">רחוב/תא</td> <td style="width: 25%;">מס' בית</td> <td style="width: 25%;">יישוב</td> <td style="width: 25%;">מיקוד</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> צה"ל	<input type="checkbox"/> משמר הכנסת	<input type="checkbox"/> שב"ס	<input type="checkbox"/> משא"ז	<input type="checkbox"/> משטרה	<input type="checkbox"/> אחר	רחוב/תא	מס' בית	יישוב	מיקוד
<input type="checkbox"/> צה"ל	<input type="checkbox"/> משמר הכנסת																																																		
<input type="checkbox"/> שב"ס	<input type="checkbox"/> משא"ז																																																		
<input type="checkbox"/> משטרה	<input type="checkbox"/> אחר																																																		
רחוב/תא	מס' בית	יישוב	מיקוד																																																

תאריך כניסה לשירות קבע \_\_\_\_\_ תאריך סיום השירות בקבע \_\_\_\_\_

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה  
 כן  לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

**4**

**פרטי הטיפול רפואי**

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה:  לא  כן, פרט \_\_\_\_\_ שם בית החולים \_\_\_\_\_ תקופת אשפוז \_\_\_\_\_

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

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו \_\_\_\_\_

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

אני מובטח בקופ"ח \_\_\_\_\_  
 ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה

**5**

**המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה**

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

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

6

**חזרה לעבודה**

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 \_\_\_\_\_

7

**שליטה בשפה העברית**

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

לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית

לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית

8

**פרטים על תשלומים**

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

לא  כן - ציין את סוג התשלום \_\_\_\_\_

מס' תיק באגף השיקום \_\_\_\_\_

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי מזיקין בגין המקרה?

לא  כן - ציין את שם הנתבע \_\_\_\_\_

9

**סיוע וייצוג בהגשת התביעה**

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע?  לא  כן,

הגוף המייצג או המסייע:  עורך דין  חברת מימוש זכויות  יד מכוונת  בית חולים  עמותה

אחר \_\_\_\_\_

שם גורם מייצג או מסייע	כתובת	טלפון
------------------------	-------	-------

תאריך תחילת התקשרות: \_\_\_\_\_

10 פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון			
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום:  לחשבון הקיבוץ / המושב  לחשבוני הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון, 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, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

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 פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, 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 \*

11 הצהרה

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 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, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בתביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

