



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ביטוח נכות

בקשה לבדיקה מחדש למקבל קצבת נכות

עמוד 1 מתוך 6

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

תאריך _____

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

1

פרטי המבקש

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
מצב משפחתי	מספר ילדים עד גיל 24	מתאריך
☐ רווק/ה		שנה
☐ נשוי/אה		חודש
☐ אלמן/ה		יום
☐ פרוד/ה		
☐ ידועה/ה בציבור		

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
		@			

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

2

נימוקי הנכה לבקשה לבדיקה מחדש

פרט את השינויים שחלו במצבך הרפואי והתעסוקתי מאז הבדיקה הקודמת, וצרף אישורים רפואיים מעודכנים ומפורטים:

3

הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות – חתום אם אינך מעוניין להיבדק ע"י רופא

אני מסכים בזה שהרופא יקבע את אחוזי הנכות הרפואית שלי לפי מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי, שלמרות זו יהיה עליי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

_____ x _____ חתימת התובע	_____ תאריך
---	---------------------------

4

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

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

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____	_____	_____
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
_____	_____	_____@_____			

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים, נא לציין אחזה ולצרף מסמך:

☐ ייפוי כח ☐ צו אפטרופסות ☐ פסק דין

אם אין ברשותך האמור לעיל, אנא מלא – אני מבקש להתמנות כמקבל גמלה

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או **אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס,** יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

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 ביודעין למתן 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, אם תהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו. ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת btldpo@nioi.gov.il.

אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

אני מסכים לוועדה בווידאו צ'אט ☐ כן ☐ לא.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

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

על מנת להקל עליך ולזרז את הטיפול בתביעתך באפשרותנו לפנות באופן ייזום למעסיקיך ומשלמי הפנסיה שלך, לרבות כאלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב). אם אינך מסכים, ציין זאת:

☐ אני התובע מסרב לכך שתפנו לקבל את נתוני ההכנסות באופן דיגיטלי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

תאריך _____ חתימת התובע או מגיש התביעה _____ x

אם הבקשה נחתמה בחתימת אצבע, ציין:

שם העד	מספר זהותו ב"ס	חתימת העד

הצהרה על עבודה והכנסות של נכה ובן/בת זוגו

1 פרטי המבקש																			
שם משפחה	שם פרטי																		
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)																			
ס"ב <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> מתאריך <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> שנה חודש יום																			
מצב משפחתי (אחרון) ☐ רווק/ה ☐ נשוי/אה ☐ אלמן/ה ☐ גרושה ☐ פרוד/ה ☐ ידועה/בציבור																			

2 הצהרה על עבודה, הכנסות מעבודה ודמי מחלה ב-12 החודשים האחרונים (סמן ב-√ והשלם הפרטים)																			
בן / בת זוג		נכה																	
☐ לא, ואני מצהיר בזה שאיני עובד. ☐ כן		☐ לא, ואני מצהיר בזה שאיני עובד. ☐ כן																	
☐ לא ☐ כן, תאריך הפסקת העבודה: <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> שנה חודש יום										☐ לא ☐ כן, תאריך הפסקת העבודה: <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> שנה חודש יום									
		1. עובד/ת כיום																	
		2. שם המעביד וכתובתו: (מי שאינו עובד ועבד ב-5 השנים האחרונות ירשום פרטי מעבידו האחרון)																	
		3. למי שאינו עובד - האם עבדת בשנה האחרונה?																	
		4. לעובד עצמאי - סוג העיסוק האחרון:																	
☐ יש ☐ אין		☐ יש ☐ אין																	
☐ יש ☐ אין		☐ יש ☐ אין																	
5. הכנסה מעבודה ב-12 החודשים האחרונים: (צרף אישורי שכר *)																			
הכנסה מדמי מחלה: (צרף אישורים)																			
* אם אי אפשר להמציא אישורי שכר																			
		6. א. ציין את הסיבה ואת שם המעביד																	
ב. הכנסות מעבודה לחודש																			
בחודשים: _____ בחודשים: _____		בחודשים: _____ בחודשים: _____																	

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

בן / בת זוג		נכה			
				פנסיה ותגמולים אחרים	
צדף 3 אישורים אחרונים					
☐ יש	☐ אין	☐ יש	☐ אין	1. פנסיה בישראל (לא כולל מביטוח לאומי)	
☐ יש	☐ אין	☐ יש	☐ אין	2. פנסיה או רנטה מחו"ל	
☐ יש, פרט:	☐ אין	☐ יש, פרט:	☐ אין	3. תגמול ממשרד הביטחון (לנכים, אלמנות, הורים שכולים)	
☐ יש	☐ אין	☐ יש	☐ אין	4. תגמול מהאוצר לנכי רדיפות / מלחמה בנאצים	
☐ יש	☐ אין	☐ יש	☐ אין	5. תשלומים מחברת ביטוח	
☐ יש, ציין הגורם המשלם:	☐ אין	☐ יש, ציין הגורם המשלם:	☐ אין	6. פיצוי עקב נכות	
				הכנסה הונית	
צדף אישורי בנק					
☐ יש	☐ אין	☐ יש	☐ אין	7. הכנסה מריבית, דיווידנד, תכנית חיסכון	
☐ משותף עם הנכה					
				הכנסה מרכוש	
צדף אישורים					
☐ יש	☐ אין	☐ יש	☐ אין	8. מהשכרת בית / דירה / מבנה	
☐ יש	☐ אין	☐ יש	☐ אין	9. ממשק / נכס חקלאי מוחכר	
☐ יש	☐ אין	☐ יש	☐ אין	10. מעסק שאינו עובד בו	
☐ יש	☐ אין	☐ יש	☐ אין	11. מרכב מושכר (מונית, טנדר וכו')	
☐ יש	☐ אין	☐ יש	☐ אין	12. מרכוש אחר	
הכנסה ממקור אחר					
☐ יש	☐ אין	☐ יש	☐ אין		
				13. רשום מקור ההכנסה וצדף אישור	
				14. תשלומים שטרם שולמו (פנסיה, ביטוח)	
על מנת להקל עליך ולזרז את הטיפול בתביעתך באפשרותנו לפנות באופן ייזום למעסיקיך ומשלמי הפנסיה שלך, לרבות באלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב). אם אינך מסכים, ציין זאת: ☐ אני התובע מסרב ☐ אני בן זוג התובע מסרב (נשוי / ידוע בציבור) שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים ולמשלמי הפנסיה שלי לקבל דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח הלאומי בעצמי, אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי וזכאות לבן / בת הזוג					

הצהרה וחתימה

אני מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים ואני מאשר אותם בחתימת ידי. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים היא עברה על החוק.

הערות:

חתימת בן / בת הזוג

שם בן / בת זוג

חתימת הנכה

תאריך



המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
ביטוח נכות

חותמת קבלה

כתב ויתור על סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות כללית

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	
33		שנה חודש יום	
שם משפחה	שם פרטי		
חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ 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, למצבי הרפואי, לטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שידרשו או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי על אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____