

דל/ - 1.8.21

בל/ 210

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות



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

- על פי חוק, לא תשולם הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- משך זמן טיפול המשוער בתביעה לנכות מעבודה הוא 140 יום, ממועד הגשתה ועד לקבלת החלטה בתביעה. הטיפול בתביעה כולל שלושה שלבים: הכנת התיק לוועדה הרפואית, דיון בוועדה רפואית וביצוע החלטת הוועדה. לנחיתותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

כיצד יש להגיש את התביעה

- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות ובידורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 3

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

המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הגמלאות
 תביעה לצרף דרגות נכות
 מעבודה עקב נכות כתוצאה
 מפגיעה בעבודה



1 פרטי התובע

שם משפחה: גולן שם פרטי: ד"ר

מספר זהות: 308001723 תאריך לידה: 17081992

☐ עצמאי ☒ שכיר

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
	<u>תל אביב</u>	<u>1</u>		<u>12</u>	<u>בדואר</u>

טלפון קווי: _____ טלפון נייד: 0502702611

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: _____

☐ 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 המפורטת למעלה)

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

2 פרטי הפגיעות בעבודה

תאריך פגיעה:

שנה	חודש	יום
<u>11</u>	<u>02</u>	<u>10</u>

1. _____

שנה	חודש	יום
<u>19</u>	<u>05</u>	<u>07</u>

2. _____

שנה	חודש	יום
<u>19</u>	<u>08</u>	<u>04</u>

3. _____

אחוז נכות: 15%

3 פרטי על ליקויים נוספים שאינם קשורים לפגיעות בעבודה שצוינו בסעיף 2 – נא לצרף מסמכים רפואיים

הליקוי / מחלה / מום

תאריך התחלה

שנה	חודש	יום

1. _____

שנה	חודש	יום

2. _____

שנה	חודש	יום

3. _____

גמלאות אחרות המשתלמות לך

4

מצה"ל. פרט:

אחר. פרט:

5

חזרה לעבודה לאחר הפגיעה האחרונה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - לאותו מקום עבודה

☐ כן - למקום עבודה אחר. פרט שם המעביד:

כתובת:

תאריך החזרה לעבודה

העיסוק

שנה חודש יום

המגזר כנ"ל
כזרית נחית משכית' יום 10.9.20

☐ לא - ציין את הסיבה

6

פרטים על עבודותיו בשנה שקדמה להגשת התביעה

יש לרשום כל שינוי במקום העבודה, תפקיד, מעמד והיקף משרה.

נא לצרף תלושי שכר

המוסד המעביד / המפעל / העסק	מקצוע או תפקיד העיקרי	תקופת העבודה (תאריכים)	היקף המשרה	סיבת הפסקת העבודה או השינוי
1. שם ירון אלוני המגזר כנ"ל מעמל' החירור יד. ח'רה	מגזר כנ"ל	מ- אפריל 2019 עד אוקטובר 2020	☒ משרה מלאה למח' המגזר חירור - ש"ח משרה חלקית. פרט: מס' שעות בשבוע אם חלקית, מהי הסיבה?	סיבת הפסקת העבודה או השינוי מחיר יוני - יולי 2020 באמצע כושרי
2. שם מען		מ- עד	☐ משרה מלאה ☐ משרה חלקית. פרט: מס' שעות בשבוע אם חלקית, מהי הסיבה?	
3. שם מען		מ- עד	☐ משרה מלאה ☐ משרה חלקית. פרט: מס' שעות בשבוע אם חלקית, מהי הסיבה?	

האם צמצמת את עבודתך כתוצאה מהפגיעות בעבודה ☐ כן ☐ לא

במה מתבטא הצמצום? (הפסקת שעות נוספות, הקטנת שעות העבודה וכו') כזרית

ממתי חל הצמצום? כזרית

7

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובת	מס' סניף	מספר חשבון
עזריאל סמך	המל"ה, מילג, ישראל, רמת גן	529	122912

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.

תאריך: 1.9.21

x x

חתימת מקבל התשלום חתימת/חתימות השותפים לחשבון

8 הצהרה

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 בידועין 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.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעדכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

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

אם התביעה הוגשה בסיוע או על ידי מייצג: ☒ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכונת ☐ ביה"ח ☐ אחר

נא לציין את שם הגוף המסייע / המייצג: _____ תאריך תחילת התקשרות: 29.10.19

תאריך: 1.9.21

x

חתימת התובע

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 01/08/2021 16:37
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER. # : E75410F8N771041

DATE, TIME 01/08 16:33
 FAX NO./NAME 9426797
 DURATION 00:03:25
 PAGE(S) 04
 RESULT OK
 MODE STANDARD

בל/210

המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הגמלאות



תביעה לצרוף דרגות נכות מעבודה עקב נכות כתוצאה מפגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ תעודות רפואיות וסיכומי מחלה ממוסדות רפואיים או מרופאים שטפלו בכך 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

- ☞ על פי חוק, לא תשולם הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיזם הגשתה.
- ☞ משך זמן טיפול המשוער בתביעה לנכות מעבודה הוא 140 יום, ממועד הגשתה ועד לקבלת החלטה בתביעה. הטיפול בתביעה כולל שלושה שלבים: הכנת התיק לוועדה הרפואית, דיון בוועדה רפואית וביצוע החלטת הוועדה.
- ☞ לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

נציג יש להגיש את התביעה

טל: 04-8812345 או 6050

פקס: 03-5127131

שעות מענה: א-ה 8:00-17:00

קבלת קהל: א-ג, 8:00-12:30

ב,ד 15:00-17:00

ועדות רפואיות

www.btl.gov.il
המוסד לביטוח לאומי

סניף יפו

מתקומה 30

תל אביב יפו 6616327



תיק: 308001783

לכבוד

קיס גולן

נביעות 2

ראשון לציון 7567010

דף 1 מתוך 1

713-054-220

תיק: 308001783

ייג באייר, תשע"ג

23 באפריל 2013



אדון נכבד,

הנדון: חלטה על החלטת ועדה רפואית

תביעתך לגימלת נכות- מגיעה בעבודה מ- 10/10/11

לידיעתך, ביום 19/04/13 קבעה ועדה רפואית את דרגת הנכות כדלקמן:

תאריך	מחזור	נכות זמנית
22/10/11	10/10/11	50.00 %
06/11/11	02/11/11	50.00 %
25/12/11	22/11/11	50.00 %
30/04/12	10/01/12	50.00 %
31/10/12	01/05/12	30.00 %
31/03/13	01/11/12	20.00 %

נכות צמיתה בשיעור 15.00% החל מ-01/04/13.

הודעה בקשר לזכאותך לגימלה, תישלח אליך בנפרד ממחלקת נפגעי עבודה.

לידיעתך, זכותך וזכות המוסד לבטוח לאומי לערור על החלטה זו בפני ועדה רפואית לעררים. אם בדעתך לערור, נא להגיש ערר מנומק, בתוך 60 יום מקבלת ההודעה זו, למחלקת נפגעי עבודה בסניף מגורך.

לחשומת ליבך, הועדה הרפואית לעררים רשאית לאשר את ההחלטה הקודמת, לבטלה, או לשנותה, לרבות הקטנת דרגת הנכות, בין שנתבקשה לעשות זאת ובין שלא נתבקשה, בין שהערר הוגש על-ידי הנפגע, ובין שהוגש ע"י המוסד.

לידיעתך, גם לאחר שתגיש ערר, תהיה רשאי בכל שלב משלבי הדיון לחזור בך מהערר ולבטלו.

לידיעתך, אם אינך מסוגל לעבוד בכל עבודה שהיא ואין לך הכנסה מעבודה או מעסק הינך רשאי להגיש תביעה להכיר בך כ"נכה נזקק".

הכרה כ"נכה נזקק", עשויה לזכותך בהגדלת קצבת הנכות ל-100%, לתקופה שלא תעלה על 4 חודשים.

מי שנקבעה לו נכות לצמיתות בשיעור 10% לפחות עשוי להיות זכאי לשיקום מקצועי.

אם אין ביכולתך לחזור לעבודה הקודמת הינך רשאי/ת לפנות ליחידת השיקום בסניף מגורך לבדיקת זכאותך.

מצורף בזה העתק מפרוטוקול הועדה. מסירת העתק נוסף תהיה כרוכה בתשלום.

בכבוד רב,

אורטל עמרני

מזכיר ועדות רפואיות