

תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

מספר בקשה: 7619

הנחיות למילוי

שדות המסומנים בכוכבית (*) הם שדות חובה

הטופס מיועד למילוי על ידי תושבי ישראל שהגישו תביעה לדמי פגיעה ונותרה להם נכות עקב אותה הפגיעה, ומבקשים לקבוע להם דרגת נכות מעבודה, ותשלום גמלת נכות מעבודה.

לידיעתך,

- חזרתך לעבודה אינה מונעת את קבלת הגמלה.
- זימונך לוועדה רפואית יתאפשר, רק לאחר המצאת מסמכים רפואיים על כל המגבלות, שעבורן הגשת את התביעה.
- **על פי החוק**, לא תשלום גמלה לתקופה העולה על 12 חודשים לפני יום הגשת התביעה.

לתשומת ליבך,

אל טופס התביעה יש לצרף כל חומר רפואי הרלוונטי לפגיעתך **ושטרם נמסר** במסגרת הטיפול בתביעתך לדמי פגיעה.

צירוף הקבצים (מסמכים ואישורים):

- יש להכין מראש את הטפסים כקבצים לפני מילוי הטופס על מנת שתתאפשר טעינתם בחלק של ה'הצהרות ושליחה'.
- אם אתה מצרף כמה קבצים, חשוב שתקפיד לצמצם את נפח הקבצים.
- נפח כולל של כל הצרופות לא יעלה על 60MB
- סוגי קבצים שניתן לצרף: **Pdf, BMP, JPG, GIF, TIF, TIFF, JPEG**
- מומלץ לסרוק את המסמכים בשחור לבן, וברזולוציה עד **300 dpi**

לא נוכל לקלוט קובץ המוגן בסיסמא, גם אם נשלח בהצלחה.

למידע נוסף ולהתקשרות:

- הביטוח הלאומי מעמיד לרשות תושבי הצפון והדרום ייעוץ והכנה לוועדות הרפואיות ב'מרכז יד מכוונת'
- באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי ניתן למצוא מידע מקיף על גמלת נכות מעבודה.
- מידע על דרכי ההתקשרות עם סניפי הביטוח הלאומי ניתן למצוא ב'סניפים וערוצי שירות'
- ניתן גם לפנות אלינו באמצעות האתר במדור "פנו אלינו"
- מוקד תמיכה בנושאים טכניים של הטופס (כגון: שמירה, הדפסה וצירוף קבצים): **מטלפון נייד 1299** בימים א'-ה' בין השעות: 8:00 עד 19:00.

לשאלות בנושא טיפול בתביעה ומידע בנושאי זכויות ושירות:

המוקד הארצי של הביטוח הלאומי בטלפון *6050 או 04-8812345 בימים א'-ה' בין השעות 8:00 עד 17:00.

האם הגשת בעבר תביעה לדמי פגיעה בעקבות פגיעה זו:

כן ☒לא ☐

פרטי התובע

פרטי התובע

אני מגיש את התביעה:

עבורי ☒עבור מישהו אחר ☐

פרטי התובע

שם פרטי

שם משפחה

מספר זהות (כולל ספרת ביקורת)

אליאור

כהן

026556589

תאריך לידה

מין

27/06/1986

נקבה

זכר

סיוע בהגשת התביעה

אני מקבל סיוע בהגשת התביעה:

כן

לא

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 בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

הגוף המסייע:

בית חולים

יד מכוונת

חברת מימוש זכויות

עורך דין

אחר

תאריך תחילת התקשרות

מספר רישיון

שם עורך הדין

26/03/2024

62254

אריאל פרייברג

כתובת

מספר טלפון

אבא הלל 7 רמת גן

054-6544930

שליטה בשפה העברית

אני שולט בשפה העברית

לא

כן

מספר טלפון נוסף

הזנה חוזרת של מספר טלפון נייד

מספר טלפון נייד

052-2209027

052-2209027

דואר אלקטרוני

office@freiberg-law.com

אימות דואר אלקטרוני

office@freiberg-law.com

☒ אני מסכים לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים דיגיטליים (הודעות טקסט ודואר אלקטרוני), במקום בדואר רגיל.

☐ הכתובת למשלוח דואר שונה מהכתובת המעודכנת במשרד הפנים.

פרטי חשבון הבנק של התובע

לתשומת לבך,

יש למלא מספר חשבון בנק של האדם עבורו מוגשת התביעה/אפוטרופוס.

שם מלא בעל החשבון

אליאור כהן

מספר חשבון (ללא תווים מיוחדים)

סניף

שם בנק

006618261

58 - דרך בן גוריון 13, בני ברק

דיסקונט

אני מבקש להעביר את התשלום ל:

חשבוני הפרטי

חשבון הבנק של הקיבוץ/מושב

פרטי הפגיעה

פרטי הפגיעה

נפגעת/י כשהייתי:

שכיר ☒עצמאי ☐מתנדב ☐

תאריך הפגיעה

14/11/2023

פרטים על הפגיעה

בדרך חזור מהעבודה לביתי, ברחוב "השפלה" בפתח תקווה, בזמן שעמדתי ברמזור נכנסה בי נהגת מאחורה, היה לי כאבים עזים בגב ובצוואר, משם פניתי לבדיקות בטרם והתחלתי בדיקות וטיפולים

פרטי מקום העבודה בעת הפגיעה:

שם

צ'מפיון מוטרוס בע"מ

תפקיד/עיסוק במקום העבודה

מנהל שירות אזורי

יישוב

בני ברק

רחוב

לח"י

מספר בית

9

מספר טלפון

052-5775247

פרטי הרופאים המטפלים לאחר הגשת התביעה לדמי פגיעה

פרטי רופא 1

שם הרופא

ד"ר חוסן חאג יחיא

תחום המומחיות

אורתופדיה

שם / כתובת המרפאה

טרם, רוטשילד 182 פתח תקווה

פרטי רופא 2

שם הרופא

ד"ר ביין אברהם

תחום המומחיות

אורתופדיה ורפואת ספורט

שם / כתובת המרפאה

הברזל 24, תל אביב

פרטי רופא 3

שם הרופא

ג'יהד ריאן

תחום המומחיות

רפואת משפחה

שם / כתובת המרפאה

רוטשילד 119 פתח תקווה

המגבלות שיש לי עקב הפגיעה שבגינן מוגשת התביעה:

המגבלות שיש לי עקב הפגיעה שבגינן מוגשת התביעה: 1

המגבלה / הכאב

כאבים בצוואר ובגב

סוג הבדיקה/ שם המסמך הקשור למגבלה

סיכום רפואי קופ"ח כללית

יש ברשותי תוצאות בדיקות

כן, פירוט

לא

המגבלות שיש לי עקב הפגיעה שבגינן מוגשת התביעה: 2

המגבלה / הכאב

רגישות בצוואר ובגב

סוג הבדיקה/ שם המסמך הקשור למגבלה

סיכום רפואי קופ"ח כללית

יש ברשותי תוצאות בדיקות

כן, פירוט

לא

המגבלות שיש לי עקב הפגיעה שבגינן מוגשת התביעה: 3

המגבלה / הכאב

בגבלה בטווחי תנועה בצוואר

סוג הבדיקה/ שם המסמך הקשור למגבלה

סיכום רפואי קופ"ח כללית

יש ברשותי תוצאות בדיקות

כן, פירוט

לא

סבלתי בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלו שצינתי למעלה:

לא ☐כן ☒

פירוט:

נקבעה לי נכות בעבר

פרטים על תשלומים וייצוג

אני מקבל/זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון:

לא ☒כן ☐

הגשתי או בכוונתי להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין הפגיעה:

לא ☒כן ☐

התביעה מוגשת באמצעות גוף מסייע/מייצג (עורך דין)

לא ☐כן ☒

הגוף המסייע/מייצג הוא:

עורך דין ☒יד מכוונת ☐חברת מימוש זכויות ☐בית חולים ☐עמותה ☐אחר ☐

שם עורך הדין המטפל

עו"ד אריאל פרייברג

עבודה לאחר הפגיעה

עבודה לאחר הפגיעה

פרטים על עבודה לאחר הפגיעה

האם נעדרת מהעבודה כתוצאה מהפגיעה?

לא ☐כן ☒

בתאריך

19/11/2023

חזרתי/ התחלתי לעבוד

כן ☒לא ☐

מקום עבודה:

חזרתי לאותו מקום עבודה, לאותו תפקיד ☒חזרתי לאותו מקום עבודה בתפקיד אחר, סיבה ☐התחלתי לעבוד במקום עבודה אחר, יש לפרט את הסיבה ☐

כתב ויתור סודיות

כתב ויתור סודיות

פרטים אישיים

תעודת זהות

דרכון ☐תעודת זהות ☒

תאריך הפגיעה

14/11/2023

מספר זהות (כולל ספרת ביקורת)

026556589

שם פרטי

אליאור

שם משפחה

כהן

קופת חולים

כללית ☒מאוחדת ☐מכבי ☐לאומית ☐אחר ☐

הצהרה

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.

☒ בסימון תיבה זו אני מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בטופס ההסכמה הם נכונים ומלאים.

חתימה



תאריך חתימה

18/02/2025

הצהרות ושליחה

הצהרות ושליחה

הצהרת התובע

אני החתום מטה תובע גמלת נכות מעבודה, מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביועין למתן גמלה 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום, על ידי פניה לסניף הביטוח הלאומי הקרוב למקום מגורי.

אני מסכים שהבנק אליו תופקד הגמלה, יחזיר לביטוח הלאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם הביטוח הלאומי יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור לביטוח הלאומי את פרטיהם של מושכי התשלומים.

☒ בסימון תיבה זו אני מצהיר על הסכמתי לכל הכתוב לעיל

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

☐ אני מסכים להשתתף בוועדה באמצעות שיחת וידאו (וידאו צ'אט)

לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מסרב לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה:

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים ולמשלמי הפנסיה המוקדמת שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי.

ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

הוספת מסמכים ואישורים לטופס

אישורים לבקשה

לתשומת ליבך:

- נפח כולל של כל הצרופות לא יעלה על 60MB
- לצמצום נפחים הסריקה צריכה להתבצע בשחור לבן, וברזולוציה שהינה עד 300 dpi
- סוגי הקבצים שניתן לטעון הם: PDF, BMP, JPG, GIF, TIF, TIFF, JPEG, PNG

לתשומת ליבך, אם צרפת קובץ המוגן בסיסמא, לא נוכל לקלוט את הקובץ גם אם נשלח בהצלחה.

מסמכים רפואיים - חומר רפואי הרלבנטי לפגיעתך ושטרם נמסר במסגרת הטיפול בתביעתך לדמי פגיעה

מסמך רפואי 1

מסמך רפואי

תעודות רפואיות.pdf

מסמך רפואי 2

מסמך רפואי

אישורים נוספים

מסמכים נוספים

טען קובץ

הערות

חתימה

שדה חתימה ידנית



תאריך חתימה

18/02/2025

הטופס מיועד לשני המינים כאחד, אך לעיתים מנוסח בלשון זכר או נקבה.
טופס זה מכיל מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות.