



רשות המיסים

פקיד שומה - חוליה 17

ועדות רפואיות

בקשה לקביעת אחוזי נכות - הנחיות

עפ"י תקנות מס-הכנסה (קביעת אחוזי נכות) התש"ס-1979

א. ג. נ.

1. הפטור ממס עפ"י סעיף 5(9) לפקודת מס הכנסה, ניתן לעיוור או לנכה שנקבעה לו נכות בשיעור של 100%, או נכות בשיעור של 90% לפחות, מחמת שלקה באיברים שונים והאחוז האמור הוא תוצאה של חישוב מיוחד של הליקוי באיברים השונים (בשיטת האחוז הפוחת), שבלעדיו היה נקבע אחוז נכות של 100% לפחות, ומגבלה אחת היא בשיעור של 40% לפחות, ובתנאי שתקופת הנכות היא 185 ימים לפחות.
2. אם נקבעו לך אחוזי נכות כאמור, לפי אחד החוקים המפורטים בסעיף 3 לטופס "בקשה לקביעת אחוזי נכות לצורך פטור ממסים" (טופס 169 המצ"ב), הינך זכאי לפטור ממס כאמור. לצורך מימוש הפטור יש לפנות לפקיד השומה עם פרוטוקול הוועדה.
3. אם לא נקבעה נכותך עפ"י אחד החוקים האמורים, או שנקבעה נכותך בשיעור הנמוך מהנדרש לצורך פטור ממס הכנסה, אחוז הנכות יקבע ע"י ועדה רפואית של מס הכנסה המתקיימת במוסד לביטוח לאומי.
4. לצורך הבדיקה הרפואית, יהיה עליך לשלם למוסד לביטוח לאומי את הוצאותיו. התשלום הינו עבור הבדיקה ונקבע ע"י המוסד לביטוח לאומי. שובר התשלום יינתן לך ע"י פקיד השומה. לאחר התשלום, עליך לצרף לטופס הבקשה את שובר התשלום, חתום ע"י הבנק. ניתן לשלם גם באתר הביטוח הלאומי.
5. לשם העברת הבקשה לטיפול במוסד לביטוח לאומי, הינך מתבקש להמציא למשרדנו את המסמכים הבאים:
 - א. טופס "בקשה לקביעת אחוזי נכות לצורך פטור ממסים" (טופס 169), אחרי שמולאו בו כל הפרטים הנדרשים.
 - ב. כל המסמכים הרפואיים המתייחסים לבקשתך כגון: חוות דעת רפואיות, סיכומי מחלות, צילומי רנטגן, תוצאות בדיקות רפואיות וכיו"ב.
 - ג. יש להגיש טופס ויתור על סודיות רפואית (עמוד 4 לטופס 169 המצ"ב) חתום בארבעה העתקים, אחרי שמולאו בו כל הפרטים הנדרשים.
 - ד. קבלה על תשלום ההוצאות של המוסד לביטוח לאומי, כפי שנקבעו ע"י המוסד.
- לידיעתך:** אי פירוט ליקוי או פגימה בטופס 169 וכן העדר מסמכים רפואיים, עלולים לגרום לאי קביעת אחוזי נכות בגין הליקוי או הפגם.
6. המסמכים שתמציא לנו, יועברו על-ידינו לסניף המוסד לביטוח לאומי הסמוך למקום מגוריך.
7. הזמנה להתייצב בפני הוועדה הרפואית תישלח אליך עם פירוט המועד והמקום, ע"י המוסד לביטוח לאומי. אם לא תתייצב בפני הוועדה במועד הנקוב בהזמנה, או במועד אחר שקבעה, מבלי שהודעת למוסד לביטוח לאומי על-כך בכתב, לפחות 4 ימים לפני המועד, או מבלי שנתת סיבה מתקבלת על הדעת לאי התייצבותך, רואים את בקשתך כאילו לא הוגשה. בקשה מחדש לקביעת אחוזי נכות כרוכה בתשלום הוצאות.
- אם הינך מסכים שהוועדה הרפואית תקבע את אחוזי הנכות לפי המסמכים שהגשת, ללא נוכחותך, יש לציין זאת במקום המיועד לכך בטופס הבקשה (טופס 169).
- יצוין כי הוועדה רשאית לזמן אותך לבדיקה על אף הסכמתך הנ"ל.
- לידיעתך:** יתכן שתוזמן למספר רופאים, בהתאם למומחיות הנדרשת עפ"י הליקויים והמחלות שהמצאת לגביהם מסמכים.
8. לאחר שהוועדה הרפואית תקבע את אחוזי הנכות, תקבל מהמוסד לביטוח לאומי הודעה על אחוזי הנכות שנקבעו לך. במקביל, תיקך הרפואי יועבר להמשך טיפול במשרד פקיד השומה.
- עם סיום הטיפול, תקבל ממשרד פקיד השומה הודעה בכתב, בצירוף העתק פרוטוקולי הדיונים.

בוועדות מסוג תום זמניות אין צורך לשלם את הוצאות הוועדה.



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
באמצעות פקיד השומה

חותמת נתקבל
פקיד שומה

בקשה לקביעת אחוזי נכות לצורך פטור ממסים עפ"י תקנות מס הכנסה (קביעת אחוז נכות), התש"ס - 1979

יש לסמן ✓ בריבוע המתאים

חותמת נתקבל
ביטוח לאומי

אני, הח"מ, מבקש לעבור בדיקה של ועדה רפואית, לצורך קבלת פטור/הנחה ממסים, ואני מבקש לקבוע לי את אחוזי הנכות עפ"י התקנות הנ"ל.

☐ בקשה ראשונה ☐ החמרה ☐ תום זמניות

1. פרטי המבקש

שם פרטי	קורי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה	מספר זהות
כתובת מגורים	רחוב	מספר הבית	מספר תלפון נייד	מספר תלפון בבית	מספר תלפון בעבודה
מיקוד	מספר הבית	מספר תלפון נייד	מספר תלפון בבית	מספר תלפון בעבודה	מספר תלפון בעבודה
מספר הבית	מספר תלפון נייד	מספר תלפון בבית	מספר תלפון בעבודה	מספר תלפון בעבודה	מספר תלפון בעבודה
מספר תלפון נייד	מספר תלפון בבית	מספר תלפון בעבודה	מספר תלפון בעבודה	מספר תלפון בעבודה	מספר תלפון בעבודה
מספר תלפון בעבודה	מספר תלפון בעבודה	מספר תלפון בעבודה	מספר תלפון בעבודה	מספר תלפון בעבודה	מספר תלפון בעבודה

2. הליקויים ו/או הפגמויות לגביהם אני מבקש/ת בדיקה ע"י הוועדה (אם המקום אינו מספיק, ניתן לצרף דף נוסף)
לידיעתך: אי פירוט ליקוי או פגימה וכן העדר מסמכים רפואיים עלולים לגרום לאי קביעת אחוזי נכות בגין הליקוי או הפגם.

פירוט הליקויים ו/או המחלות	מתאריך (שנה, חודש)	האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה?	האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות?	האם צורף מסמך רפואי?
1. בעיה נפשית (מקבל טיפול)	/	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
2. הפרעות בבלוטת התריס	/	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
3. יתר לחץ דם	06 / 2007	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☒ כן ☐ לא
4. ליקוי שכלי	/	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
5. ליקוי שמיעה	/	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
6. ליקויי ראייה ומחלת עיניים - האם קיבלת תעודת עיוור ממשרד הרווחה - השירות לעיוור ☐ כן ☐ לא	/	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
7. מחלה אורטופדית (גפיים עליונות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)	/	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
8. מחלות בתחום נייורולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)	/	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
9. מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעינים)	/	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
10. מחלת כבד (כולל צהבת)	/	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
11. מחלת כליות (כולל דיאליזה)	/ 2004	☒ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☒ כן ☐ לא
12. מחלת לב	/	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
13. מחלת עור	/	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
14. מחלת ריאות (כולל אסטמה)	/	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
15. סוכרת	/	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
16. סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)	/	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
17. אחר	/	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
18. אחר	/	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
19. אחר	/	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
20. אחר	/	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא

נא סמן/י האם עברת אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בשנתיים האחרונות (אם כן, נא צרף/י את תוצאות הבדיקות):
☐ אקו לב ☐ EMG ☐ CT (טמוגרפיה ממוחשבת) ☐ MRI (תהודה מגנטית) ☐ תפקוד ראות ☐ צנתור ☐ אנדוסקופיה

3. מידע על נכות מועדות קודמות
3א. נקבעו לי אחוזי נכות עפ"י אחד החוקים דלהלן
יש לציין: ☐ אישור עדכני ☐ פרוטוקול הוועדה הרפואית.

232

חוק הנכים (תגמולים ושיקום)	בשיעור	מתאריך	עד תאריך
☐	% 82	18/5/25	אזניקור
☐	%		
☐	%		
☐	%		
☐	%		
☐	%		

33. להלן פירוט סעיפי הליקוי בהם נקבעו לי אחוזי נכות ע"י הוועדה מכח אחד החוקים המפורטים בסעיף 3א (אם המקום אינו מספיק, ניתן לצרף דף נוסף) לידיעתך: אי פירוט ליקוי או פגימה וכן העדר מסמכים רפואיים, עלולים לגרום לאי קביעת אחוזי נכות בגין הליקוי או הפגם.

מירוס הליקויים ו/או המחלות	מתאריך (שנה, חודש)	עד תאריך (שנה, חודש)	ס' ליקוי
1. ☐ בעיה נפשית (מקבל טיפול)	/	/	
2. ☐ הפרעות בבלוטת התריס	/	/	
3. ☐ יתר לחץ דם	/	/	
4. ☐ ליקוי שכלי	/	/	
5. ☐ ליקוי שמיעה	/	/	
6. ☐ ליקויי ראייה ומחלת עיניים - האם קיבלת תעודת עיוור ממשרד הכוונה - השירות לעיוור ☐ כן ☐ לא	/	/	
7. ☐ מחלה אורטופדית (גפיים עליוניות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)	/	/	
8. ☐ מחלות בתחום ניורולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואירוע מוחי)	/	/	
9. ☐ מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעינים)	/	/	
10. ☐ מחלת כבד (כולל צהבת)	/	/	
11. ☒ מחלת כליות (כולל דיאליזה)	05 / 2025	05 / 2025	22 (4) ס
12. ☐ מחלת לב	/	/	
13. ☐ מחלת עור	/	/	
14. ☐ מחלת ריאות (כולל אסטמה)	/	/	
15. ☒ סוכרת	/	/	
16. ☐ סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)	/	/	
17. ☒ אחר, יתגלה בלי	05 / 2025	05 / 2025	05 07 3
18. ☒ אחר, סרטן שח/רפוא בלי	05 / 2025	05 / 2025	04 1 (0509)
19. ☐ אחר	/	/	
20. ☐ אחר	/	/	

נא סמן/י האם עברת אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בשנתיים האחרונות (אם כן, נא צרף/י את תוצאות הבדיקות):

☐ אקולב ☐ EMG ☐ CT (טומוגרפיה ממוחשבת) ☐ MRI (תהודה מגנטית) ☐ תפקוד ראות ☐ צנתור ☐ אנדוסקופיה

4. הסכמה לקביעת הנכוחות ע"י הרופא ללא נוכחות

אני מסכים בזאת, שרופא יקבע לי את אחוזי הנכות הרפואית, ע"פ מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שאף שנתתי את הסכמתי לכך, ייתכן שיהיה עליי להגיע לבדיקה, אם הרופא ידרוש זאת.

☐ מסכים ☐ לא מסכים

5. מצורפת קבלה (בתום זמניות לא נדרש לשלם את הוצאות הוועדה)

✕ קבלה על תשלום הוצאות המוסד לביטוח לאומי.

6. הסכמה להעברת החלטת הוועדה ע"י הביטוח הלאומי לצורך מיצוי זכויות

אני הח"מ מסכים כי החלטת הוועדה הרפואית תימסר לגופים אחרים ע"י הביטוח הלאומי לצורך מיצוי זכויותי. (כגון חברת השמל)

☐ מסכים ☐ לא מסכים

לשימוש המשרד בלבד

7. מגבלות לביצוע וועדה

☐ כסא גלגלים ☐ שפה ☐ עיוור ☐ חרש ☐ מגבלת זמן (ימים) _____
אם המבוטח מיוצג ע"י עו"ד או אם אינו יכול להגיש תביעה עקב מצבו הבריאותי, על מגיש התביעה למלא את הפרטים הבאים:

פרטי מגיש התביעה

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	יחס קרבה לתובע ☐ קרוב משפחה ☐ אפטרופוס ☒ עו"ד
066630030	ארטל	פרייזר	
דואר אלקטרוני	טלפון להתקשרות	☒ ייפוי כח ☐ צו אפטרופוס ☐ פסק דין ☐ אחר: _____ אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצרך העתק	
frei.eta@yqil.com	03 / 7612358		

פרטי חשבון בנק *

מספר חשבון	מספר סניף סמל סניף	בנק

8. הבהרה

מובהר בזאת כי יש להגיש את כל המסמכים הרפואיים ולציין את סעיפי הליקוי בטופס. לא יתקבלו מסמכים רפואיים נוספים לאחר הגשת הבקשה להמשך טיפול. רק לאחר הגשת המסמכים לרבות שובר התשלום, משולם, תועבר בקשתך להמשך טיפול בביטוח לאומי.

9. הצהרה

אני מצהיר כי הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ומלאים וכי ידועים לי הוראות החוק והעונשים על אי הצהרת אמת

חתימה

שם

תאריך

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי סניף _____

הנני מפנה אליכם את הנ"ל לבדיקה ע"י ועדה רפואית של מוסדכם, לקביעת אחוז נכותו עפ"י תקנות מס הכנסה (קביעת אחוז נכות), התש"ס - 1979.

בכבוד רב,

חתימה

תפקיד

שם

תאריך

ויתור על סודיות רפואית

ויתור על סודיות רפואית - המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

פרטי המבקש

שם	מספר זהות	חבר קופ"ח
זוה ארנון	37306347	מרז'
כתובת		
מרז' נח 173, קיסריה		

הצהרה

אני הח"מ, שפרטי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי, לרשות המיסים או לבאי כוחם, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, או כל מידע אחר שידרש על ידם או כל מסמך רפואי אודותי

חתימה

שם

תאריך

זוה ארנון

26.6.26