



תביעה לדיון מחדש לפי תקנה 36 (החמרה במצב)

חובה לצרף לטופס זה

אישור על החמרה מרופא שמוסמך לכך בקופת חולים. ↵

לידיעתך

הוועדה אינה מוסמכת לקבוע דרגת נכות, על סמך תקנה 36, בעד התקופה שקדמה למועד הגשת התביעה. ↵

באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר. ↵

כיצד יש להגיש את התביעה

את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345. ↵

למידע נוסף אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il. ↵

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ביטוח נפגעי עבודה

**תביעה לדיון מחדש
לפי תקנה 36 (החמרה במצב)**

חותמת קבלה

<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</p>										<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">סוג המסמך</p>			<p>דפים</p>				<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>			

שנה חודש יום

מבקש לדין מחדש בדרגת נכותי בשל החמרה במצבי כתוצאה מפגיעה בעבודה מתאריך מצ"ב אישור שחלה החמרה במצבי, מרופא שמוסמך לכך בקופת חולים.

פרטי התובע

1

<p>שם משפחה</p>		<p>שם פרטי</p>			<p>מספר זהות ס"ב</p>		
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)							
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה	
טלפון קווי		טלפון נייד			דואר אלקטרוני		
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)							
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה	
אם הינך מיוצג ע"י עו"ד נא ציין את פרטיו:							
שם העו"ד		טלפון קווי/נייד					
כתובת							

פרטי חשבון הבנק של התובע

2

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק		שם הסניף/כתובתו	
מספר חשבון		מס' סניף	
<p>אני השותף בחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.</p> <p>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, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.</p> <p>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 פרטיהם של מושגי התשלומים.</p>			
×		×	
תאריך		חתימת מקבל הגמלה	
×		חתימת/חתימות השותפים לחשבון	

הצהרה

3

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 ע"י 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 על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

תאריך _____ חתימת התובע _____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה 11	מספר זהות/דרכון <input type="text"/>	תאריך הפגיעה שנה <input type="text"/> חודש <input type="text"/> יום <input type="text"/>
שם משפחה	שם פרטי	
חבר בקופת חולים <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר <input type="text"/>		

הצהרה

2

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, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח * _____