



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

הגשת התביעה מותנית בהגשת תביעה לדמי פגיעה

חובה לצרף לטופס זה

- ✍ אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.
- ✍ מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך במרפאת קופת חולים או בבית חולים, בעבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם נמסרה/הובאה לידיעת ביטוח לאומי.

לידיעתך !

- ✍ שובך לעבודה אינו מונע את קבלת הגמלה.
- ✍ זימון לזוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים הרפואיים בעבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5 בטופס התביעה
- ✍ על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשת התביעה.
- ✍ ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, ישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.
- ✍ ניתן לפנות למרכז יד מכוונת על מנת לקבל ללא תשלום ייעוץ והכנה לזוועדה הרפואית ממיטב הרופאים המומחים בתחום, וסיוע בהכנת המסמכים הנדרשים:
- ✍ מרכז יד מכוונת לתושבי באר שבע והדרום:
קניון הנגב, מגדל הקניון קומה 5, ב"ש. טלפון: 08 – 6831919 – 08 פקס: 08 – 6831918
דואר אלקטרוני: yadm@mediton.co.il
- ✍ מרכז יד מכוונת לתושבי חיפה והצפון:
רח' פל"ים 16 (בניין שערי משפט), חיפה. טלפון: 04 – 9126885 – 04 פקס: 04 – 9126890
דואר אלקטרוני: merkazy@femi.com

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ באפשרותך למלא את טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליין (באופן מקוון) באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il
- ✍ כמו כן, את טופס התביעה ניתן לשלוח בדואר, למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך או להכניס לתיבת השירות המוצבת מחוץ לסניף.
- ✍ אפשר להגיש תביעה ובה מסמכים נלווים גם באמצעות פקס, ואין חובה להגיש מסמכים מקוריים. עם זאת, המוסד יהיה רשאי לדרוש הצגה של מסמך מקורי, אם הצילום או הפקס שהתקבל אינו ברור, או מכל סיבה אחרת, לפי שיקול דעתו של פקיד התביעות.
- ✍ לשאלות ולברורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ✍ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	עיסוק <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> מתנדב <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/>	תאריך לידה שנה חודש יום
נכות (הרשומה במשרד הפנים)		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
טלפון קווי	טלפון נייד	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: @
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
טלפון קווי	טלפון נייד	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS

2 פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה
שנה חודש יום

פרטים על הפגיעה

3 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון , אגא מלא סעיף 3א'

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות

רחוב	מס' בית	כניסה	דירה
יישוב	מיקוד		

המקצוע ערב הפגיעה:

