המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ביטוח נכות

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

תאריך _____

בקשה לבדיקה מחדש למקבל קצבת נכות

לידיעתך, המוסד רשאי לקבוע אחוזי נכות רפואית ודרגת אי כושר נמוכים מאלה שנקבעו בעבר

1 פרטי המבקש

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

מצב משפחתי
❑ רווק/ה ❑ אלמן/ה ❑ פרוד/ה
❑ נשוי/אה ❑ גרוש/ה ❑ ידוע/ה בציבור

מתאריך (שנה חודש יום)

מספר ילדים עד גיל 24

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	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 ס"ב

❑ 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 הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2 נימוקי הנכה לבקשה לבדיקה מחדש

פרט את השינויים שחלו במצבך הרפואי והתעסוקתי מאז הבדיקה הקודמת, וצרף אישורים רפואיים מעודכנים ומפורטים:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

3 הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות – חתום אם אינך מעוניין להיבדק ע"י רופא

אני מסכים בזה שהרופא יקבע את אחוזי הנכות הרפואית שלי לפי מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית.
ידוע לי, שלמרות זו יהיה עליי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

_____	✘ _____
תאריך	חתימת התובע

4 פרטי מגיש הבקשה - ימולא אם הנכה אינו מסוגל להגיש את הבקשה בעצמו עקב מצבו הבריאותי

שם משפחה מגיש הבקשה	שם פרטי מגיש הבקשה	מספר זהות ס"ב
יחס קרבה לנכה (בן משפחה)	אם ברשותך צו אפוטרופסות או פסק דין; ציין איזה וצרף העתק	

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
		_____@_____

☐ 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.

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים, נא לציין אחזה ולצרף מסמך:
☐ ייפוי כח ☐ צו אפוטרופסות ☐ פסק דין

אם אין ברשותך האמור לעיל, אנא מלא – אני מבקש להתמנות כמקבל גמלה
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 בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

5 הצהרת התובע / מגיש הבקשה

אני החתום מטה מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בבקשה ובצירופיה הם נכונים. אם יחול שינוי באחד הפרטים שמסרתי בבקשה זו אני מתחייב להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. ידוע לי, כי בהתאם לחוק אדם אשר גרם במירמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.
אני מסכים להיבדק לצורך שירותים מיוחדים ,אם תהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו.
ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג׳ הרלוונטיים לצורך זה.
ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת www.btl.gov.il > יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות.
אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

אני מסכים לוועדה בווידאו צ'אט ❑ כן ❑ לא.

❑ **אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.**

❑ (יסומן ב-V כאשר עובד המוסד ממלא את טופס הבקשה). כל הפרטים הרשומים בבקשה הוקראו באוזניי ואני מאשר בזה, כי הם מתאימים לפרטים שמסרתי בע"פ לעובד המוסד.

על מנת להקל עליך ולזרז את הטיפול בתביעתך באפשרותנו לפנות באופן ייזום למעסיקיך ומשלמי הפנסיה שלך, לרבות כאלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב). אם אינך מסכים, ציין זאת:

❑ אני התובע מסרב לכך שתפנו לקבל את נתוני ההכנסות באופן דיגיטלי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

תאריך _____ ✘ חתימת התובע או מגיש התביעה _____

אם הבקשה נחתמה בחתימת אצבע, ציין:

שם העד	מספר זהותו ס"ב	חתימת העד
		✘ _____

הצהרה על עבודה והכנסות של נכה ובן/בת זוגו

1 פרטי המבקש

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) ס"ב
מצב משפחתי (אחרון) ❑ רווק/ה ❑ אלמן/ה ❑ פרוד/ה ❑ נשוי/אה ❑ גרוש/ה ❑ ידוע/ה בציבור		מתאריך יום חודש שנה

2 הצהרה על עבודה, הכנסות מעבודה ודמי מחלה ב-12 החודשים האחרונים (סמן ב-√ והשלם הפרטים)

		נכה	בן / בת זוג
1.	עובד/ת כיום	❑ לא, ואני מצהיר בזה שאיני עובד. ❑ כן	❑ לא, ואני מצהיר בזה שאיני עובד. ❑ כן
2.	שם המעביד וכתובתו: (מי שאינו עובד ועבד ב-5 השנים האחרונות ירשום פרטי מעבידו האחרון)		
3.	למי שאינו עובד - האם עבדת בשנה האחרונה?	❑ לא ❑ כן, תאריך הפסקת העבודה: יום חודש שנה	❑ לא ❑ כן, תאריך הפסקת העבודה: יום חודש שנה
4.	לעובד עצמאי - סוג העיסוק האחרון:		
5.	הכנסה מעבודה ב-12 החודשים האחרונים: (צרף אישורי שכר *)	❑ אין ❑ יש	❑ אין ❑ יש
6.	הכנסה מדמי מחלה: (צרף אישורים)	❑ אין ❑ יש	❑ אין ❑ יש
	*** אם אי אפשר להמציא אישורי שכר**		
6. א.	ציין את הסיבה ואת שם המעביד		
6. ב.	הכנסות מעבודה לחודש	_____ ₪ בחודשים: _____	_____ ₪ בחודשים: _____

3 הצהרה על הכנסות ב-12 החודשים האחרונים (סמן ב-√ והשלם הפרטים)

		נכה		בן / בת זוג	
פנסיה ותגמולים אחרים		**צרף 3 אישורים אחרונים**			
.1	פנסיה בישראל (לא כולל מביטוח לאומי)	❑ אין	❑ יש	❑ אין	❑ יש
.2	פנסיה או רנטה מחו"ל	❑ אין	❑ יש	❑ אין	❑ יש
.3	תגמול ממשרד הביטחון (לנכים, אלמנות, הורים שכולים)	❑ אין	❑ יש, פרט:	❑ אין	❑ יש, פרט:
.4	תגמול מהאוצר לנכי רדיפות / מלחמה בנאצים	❑ אין	❑ יש	❑ אין	❑ יש
.5	תשלומים מחברת ביטוח	❑ אין	❑ יש	❑ אין	❑ יש
.6	פיצוי עקב נכות	❑ אין	❑ יש, ציין הגורם המשלם:	❑ אין	❑ יש, ציין הגורם המשלם:
הכנסה הונית		**צרף אישורי בנק**			
.7	הכנסה מריבית, דיווידנד, תכנית חיסכון	❑ אין	❑ יש	❑ אין	❑ יש ❑ משותף עם הנכה
הכנסה מרכוש		**צרף אישורים**			
.8	מהשכרת בית / דירה / מבנה	❑ אין	❑ יש	❑ אין	❑ יש
.9	ממשק / נכס חקלאי מוחכר	❑ אין	❑ יש	❑ אין	❑ יש
.10	מעסק שאינו עובד בו	❑ אין	❑ יש	❑ אין	❑ יש
.11	מרכב מושכר (מונית, טנדר וכו')	❑ אין	❑ יש	❑ אין	❑ יש
.12	מרכוש אחר	❑ אין	❑ יש	❑ אין	❑ יש
הכנסה ממקור אחר					
		❑ אין	❑ יש	❑ אין	❑ יש
.13	רשום מקור ההכנסה וצרף אישור				
.14	תשלומים שטרם שולמו (פנסיה, ביטוח)				

על מנת להקל עליך ולזרז את הטיפול בתביעתך באפשרותנו לפנות באופן ייזום למעסיקיך ומשלמי הפנסיה שלך, לרבות באלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב). אם אינך מסכים, ציין זאת:

❑ אני התובע מסרב ❑ אני בן זוג התובע מסרב (נשוי / ידוע בציבור)

שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים ולמשלמי הפנסיה שלי לקבל דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי.

ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח הלאומי בעצמי, אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי וזכאות לבן / בת הזוג

4 הצהרה וחתימה

אני מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים ואני מאשר אותם בחתימת ידי.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים היא עברה על החוק.

הערות: _____

_____

תאריך	חתימת הנכה	שם בן / בת זוג	חתימת בן / בת הזוג
_____	✘ _____	_____	✘ _____

המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
ביטוח נכות

חותמת קבלה

כתב ויתור על סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות כללית

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	
33		שנה חודש יום	
שם משפחה		שם פרטי	

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____

הצהרה

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, למצבי הרפואי, לטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שידרשו או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי על אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✘ _____