המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ביטוח פעולות איבה

בל/ 603

תביעה להחמרת מצב לפי סעיף 37 לחוק הנכים תגמולים ושיקום

(דיון מחדש לפי בקשת הנפגע)

חובה לצרף לטופס זה

- אישור מרופא מקצועי בקופת חולים על החמרת המצב הרפואי הנובע מהפגיעה.

לידיעתך

- א. דרגת הנכות תיקבע מיום הגשת התביעה לדיון מחדש.
- ב. ניתן להגיש תביעה לדיון מחדש אם חלפו שישה חודשים מיום קביעת דרגת הנכות האחרונה
- למידע נוסף אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

כיצד יש להגיש את התביעה

- **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
  - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט.www.btl.gov.il .

<u>חובה לחתום על טופס התביעה</u>

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי פעולות איבה

תביעה להחמרת מצב לפי סעיף 37 לחוק הנכים תגמולים ושיקום
(דיון מחדש לפי בקשת הנפגע)

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

מבקש לדון מחדש בדרגת נכותי בשל החמרה במצבי כתוצאה מפגיעת איבה מיום _____
מצ"ב אישור שחלה החמרה במצבי, מרופא שמוסמך לכך בקופת חולים.

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

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 המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

אם אתה מיוצג ע"י עו"ד נא ציין את פרטיו:

שם העו"ד	טלפון קווי/נייד

כתובת

2 פרטי התביעה

מבקש לדון מחדש בדרגת נכותי בשל החמרה במצבי כתוצאה מפגיעת איבה מיום _____

החמרה בפגימות הבאות:
1. _____
2. _____
3. _____

מצורף אישור על החמרה במצבי מרופא מקצועי בקופת חולים . האישור מתאריך
יום חודש שנה

מצורפים מסמכים נוספים :
1. _____
2. _____

3 פרטי חשבון הבנק של התובע

שמות בעלי החשבון	

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

אני השותף בחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.
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.
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 מושכי התשלומים.

תאריך	חתימת מקבל הגמלה	חתימת/חתימות השותפים לחשבון
_____	✘ _____	✘ _____

4 הצהרה

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.

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 btldpo@nioi.gov.il.
אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

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

תאריך	חתימת התובע
_____	✘ _____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נפגעי פעולות איבה

1 פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון ס"ב		תאריך הפגיעה
13			שנה חודש יום
שם משפחה		שם פרטי	

חבר בקופת חולים

❑ כללית ❑ מאוחדת ❑ מכבי ❑ לאומית ❑ אחר _____

2 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, 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 ✘ _____