



## **תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה על פי חוק הביטוח הלאומי**

### **דברי הסבר והנחיות למילוי ולהגשת טופס התביעה**

#### **הזכאות לגמלת נכות מעבודה**

מבוטח שפגיעה בעבודה / מחלת מקצוע גרמה לו נכות, רשאי להגיש תביעה לגמלת נכות. תביעה לגמלת נכות תידון לאחר שתאושר תביעתו לדמי פגיעה בעבודה.

#### **קביעת דרגת נכות**

מבוטח שהגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה יוזמן לועדה רפואית.

#### **הועדה מורכבת מרופא אחד או שני רופאים שאינם עובדי המוסד לביטוח לאומי.**

הועדה הרפואית תבדוק אם המבוטח נותר נכה כתוצאה מן הפגיעה בעבודה ואם כן תקבע את דרגת נכותו, בהתאם לכללים שנקבעו בתקנות.

על המבוטח להופיע לפני הועדה הרפואית במועד ובמקום הרשומים בהזמנה לועדה. אם נבצר מן המבוטח לבוא לשיבת הועדה הרפואית עליו להודיע מבעוד מועד למזכיר הועדות הרפואיות.

הועדה הרפואית יכולה לקבוע דרגת נכות יציבה או דרגת נכות לתקופה מוגבלת.

#### **ערר**

על החלטת הועדה הרפואית יכול התובע לערור לפני הועדה הרפואית לעררים. גם למוסד לביטוח לאומי הזכות לערור על החלטת הועדה.

הועדה הרפואית לעררים רשאית לאשר את החלטת הועדה הרפואית (הראשונה), לשנותה או לבטלה, בין שנתבקשה לעשות זאת ובין שלא נתבקשה, בין שהמערער הוא התובע ובין שהוא המוסד.

החלטת הועדה הרפואית לעררים היא סופית. ניתן לערער עליה בשאלת חוק בלבד בפני בית הדין האזורי לעבודה.

### הגמלה

נכה עבודה שדרגת נכותו 5%-100% והיא דרגת נכות שאינה יציבה יקבל קצבה חודשית.  
נכה עבודה שדרגת נכותו מ-5% ופחותה מ-20% והיא דרגת נכות יציבה יקבל מענק חד-פעמי.  
נכה עבודה שדרגת נכותו 20%-100% והיא דרגת נכות יציבה יקבל קצבה חודשית.  
נכה עבודה שדרגת נכותו היציבה פחותה מ-5% אינו זכאי לגמלה.

מבוטח שנקבעה לו דרגת נכות מעבודה (גם אם שיעורה 0%) אינו זכאי עוד לתשלום דמי פגיעה בעד אותה פגיעה.

### שיקום מקצועי

מבוטח שעקב הפגיעה בעבודה אינו מסוגל לשוב לעבודתו או לעבוד בעבודה מתאימה אחרת רשאי לבקש שיקום מקצועי. יש לפנות לפקיד השיקום בסניף המוסד הקרוב למקום המגורים.

### המועד להגשת התביעה

יש להגיש את התביעה תוך 12 חודשים ממועד הפגיעה.  
הגשת התביעה במועד מאוחר יותר עלולה לפגוע בזכות לגמלה, כולה או חלקה.  
ניתן לשלוח את טופס התביעה בדואר.  
את התביעה יש להגיש לסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום המגורים.

### ויתור על סודיות רפואית

יש להקפיד על חתימה על הספחים המיועדים לויתור על סודיות רפואית.

**שים לב!**  
**שובך לעבודה אינו מונע קבלת הגמלה**



חותמת הסניף ותאריך קבלה

**תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה  
ולתשלום גמלת נכות מעבודה**

(נא לקרוא ההסברים לזכאות ולמילוי הטופס)

**א. פרטי התובע**

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
שם האב	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	שכיר <input type="checkbox"/> מתנדב <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/>	מספר אישי בצה"ל
כתובת מגורים:			
רחוב	מספר בית	כניסה	דירה
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	יישוב	מיקוד
	0		05

**ב. פרטי הפגיעה**

תאריך הפגיעה \_\_\_\_\_

פרטים על הפגיעה \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ג. פרטי מקום העבודה**

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה \_\_\_\_\_

עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק \_\_\_\_\_

מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות \_\_\_\_\_

המקצוע ערב הפגיעה \_\_\_\_\_

**ד. פרטי טיפול רפואי**

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה  לא  כן  שם בית החולים \_\_\_\_\_ תקופת האשפוז \_\_\_\_\_

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, MRI, CT, וכד')  לא  כן  שם וכתובת המוסד הרפואי בו נעשו הבדיקות \_\_\_\_\_

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

האם הנך מקבל כעת טיפול רפואי  לא  כן  שם וכתובת הגוף המטפל \_\_\_\_\_

ה. המגבלות בגינן הינך תובע גמלה

מהם המגבלות או הכאבים מהם הנך סובל עקב הפגיעה

---

---

---

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים

לא

כן - פרט

היכן טופלת \_\_\_\_\_

ו. חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה

כן - לאותו מקום עבודה

כן - למקום עבודה אחר

שם המעביד וכתובתו \_\_\_\_\_

תאריך החזרה לעבודה \_\_\_\_\_ העיסוק \_\_\_\_\_

לא - ציין את הסיבה \_\_\_\_\_

ז. פרטים על תשלומים

האם שולמו לך או למעבידך דמי פגיעה בגין המקרה

כן

לא

האם הנך מקבל קצבה מהמוסד לביטוח לאומי

כן - ציין איזו קיצבה \_\_\_\_\_

לא

האם הנך מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון

כן - ציין את סוג התשלום \_\_\_\_\_ מס' תיק באגף השיקום \_\_\_\_\_

לא

האם הגשת או הנך עומד להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה

כן - ציין את שם הנתבע ושם עורך הדין \_\_\_\_\_

לא

ח. מקום התשלום

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון		
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מספר הסניף, מספר החשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי:  אני מבקש להעביר את התשלום:  לחשבון הקיבוץ / המושב  לחשבוני הפרטי

אנו מתחייבים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון החשבון. אנו מסכימים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה. אנו מסכימים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך החשבון, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום כלשהו בטעות, או שלא כדין, וכן ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים כאמור. אנו השותפים לחשבון, מתחייבים להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, עבור מקבל הגמלה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מקבל הגמלה  חתימת/ חתימות השותפים לחשבון

ט. הצהרת התובע

אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעתי זו הם נכונים. ידוע לי כי מתן פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק והנני תובע תשלום גמלת נכות כחוק. אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך החשבון, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום כלשהו בטעות, או שלא כדין, וכן ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים כאמור.

אנו השותפים לחשבון, מתחייבים להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, עבור מקבל הגמלה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע \_\_\_\_\_

אם התביעה לא חתומה בידי התובע, נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומספר זהותו.

אם התביעה נחתמה בתביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

עמוד 6 מתוך 6

המוסד לביטוח לאומי

סניף \_\_\_\_\_

לכבוד \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_

הגר ב- \_\_\_\_\_ מבקש בזה למסור למוסד לביטוח

לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_

המוסד לביטוח לאומי

סניף \_\_\_\_\_

לכבוד \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_

הגר ב- \_\_\_\_\_ מבקש בזה למסור למוסד לביטוח

לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_

המוסד לביטוח לאומי

סניף \_\_\_\_\_

לכבוד \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_

הגר ב- \_\_\_\_\_ מבקש בזה למסור למוסד לביטוח

לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_

המוסד לביטוח לאומי

סניף \_\_\_\_\_

לכבוד \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_

הגר ב- \_\_\_\_\_ מבקש בזה למסור למוסד לביטוח

לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_