



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות כללית

**צריכים להגיש תביעה לקצבאות נכות?**  
מהיום, אתם מתקשרים, אנחנו מטפלים.  
תביעפון - הגשת תביעה בטלפון תתקשרו 3928 \*.

בל/ 7801

## תביעה לקצבת נכות כללית, ובקשה להעניקה מטעמי צדק

### על מנת לייעל את הטיפול בתביעתך, אנא תצרף לבקשה זו:

- סיכומי מחלה או כל מסמך רפואי אחר המצוי ברשותך בדבר **מצבך הרפואי**, המפרטים את כל המחלות הכרוניות, הטיפולים והתרופות שהנך נוטל.
- אם אתה שכיר:**
  - תלושי שכר, או אישורים של מעביד על ההכנסות ב-15 החודשים האחרונים. (**אישור המעסיק על תקופת ההעסקה ועל שכר החתום ע"י המעסיק** – עמוד 5-6 בטופס התביעה). אם הפסקת לעבוד, יש לצרף אישור מהמעביד.
  - אם ב-15 החודשים האחרונים קיבלת **דמי מחלה** בעבור תקופות שבהן לא עבדת, או **תשלום כלשהו מחברת ביטוח** עקב מחלה יש לצרף אישור מהמעסיק או מחברת הביטוח.
- אם החותם על התביעה אינו תובע הקצבה עצמו, נא למלא גם את סעיף 4 בטופס התביעה ולצרף ייפוי כוח, צו אפוטרופוס או פסק דין – אם ישנו.
- לפני הגשת התביעה - בדוק האם יש מסמכים נוספים (לאלה הרשומים לעיל) שעלייך לצרף, לפי הנחיות בגוף הבקשה.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- את טופס התביעה ניתן:
  - לשלוח יחד עם מסמכים נלווים באופן מקוון באמצעות אתר האינטרנט של המוסד.
  - לשלוח בדואר, למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך, להכניס לתיבת השירות המוצבת מחוץ לסניף, לשלוח את התביעה עם מסמכים נלווים באמצעות פקס, אין 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](http://www.btl.gov.il)

### לידיעתך

- אם לך ולבן/בת זוגך אין אמצעי מחיה, מוצע לך לבדוק את **זכאותך בהבטחת הכנסה**, שכן זמן הטיפול בתביעה לנכות עשוי להמשך עד 90 ימים.
- אם אתה בעל **מוגבלות ברגליים**, באפשרותך להגיש גם בקשה לבדיקה רפואית לקביעת מוגבלות בניידות.
- מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il). כולל סרטון הדרכה למילוי הטופס.

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות כללית

**תביעה קצבת נכות כללית**  
ובקשה להענקה מטעמי צדק

|   |            |
|---|------------|
| לשימוש פנימי בלבד (סריקה)               |            |
| מס' זהות / דרכון<br>סוג המסמך      דפים | חותמת קבלה |

### חותמת קבלה

1

|  |                  |   |                   |
|--|------------------|---|-------------------|
| מצב משפחתי   | מספר זהות<br>ס"ב | שם פרטי   | שם משפחה          |
| <b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>                        |                  |   |                   |
| מיקוד  | יישוב            | דירה  | מס' בית / תא דואר |
| דואר אלקטרוני:<br>_____@_____                            |                  | טלפון נייד  | טלפון קווי        |
| <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט   |                  | <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS |                   |
| <b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה בתעודת הזהות)</b> |                  |   |                   |
| מיקוד  | יישוב            | דירה  | מס' בית / תא דואר |

2

**פרטים על עבודה בעבור 15 החודשים האחרונים (יש לרשום את הפרטים ולצרף אישורי שכר)**

לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: \_\_\_\_\_  
 עבדתי והפסקתי לעבוד, פרט את הסיבה: \_\_\_\_\_  
 אני ממשיך לעבוד

| הכנסה (ברוטו) | מס' שעות עבודה ביום או היקף משרה | תקופת עבודה |        | תפקיד | פרטי מקום העבודה (עבודה היום או עבודה אחרונה) |
|---------------|----------------------------------|-------------|--------|-------|---|
|               |                                  | עד תאריך    | מתאריך |       |   |
|               |                                  |             |        |       | שם _____<br>טלפון: _____                      |

האם ב- 15 החודשים האחרונים קיבלת דמי מחלה בעבור תקופות שבהן לא עבדת, או תשלום כלשהו מחברת ביטוח עקב מחלה?  
 לא       כן, מהמעסיק (צרך אישור)       כן, מחברת ביטוח (צרך אישורים)

האם יש לך או הייתה לך ב-15 החודשים האחרונים הכנסה שלא מעבודה, כמו פנסיה (בישראל או מחו"ל), תמיכה לתלמידי ישיבות, תגמול ממשרד הביטחון, תשלומים מחברת ביטוח, הכנסה הונית, מזונות, הכנסה מרכוש וכד'?  
 לא       כן, פרט: \_\_\_\_\_ (צרך אישור)

**פרטים על הנכות –** סמן את הסעיף בו מתוארת המחלה או התסמינים מהם אתה סובל.  
 אם נבדקת ע"י רופא מומחה בתחום המחלה – נא צרף העתק של חוות הדעת.  
 אם אושפזת בבית חולים בגין המחלה – נא צרף את מכתב השחרור

| סמן ב- " V " במחלה או התסמינים מהם אתה סובל   | מתאריך (שנה, חודש) | האם נבדקת אצל רופא מומחה בתחום המחלה? | האם אושפזת בגין המחלה בשנתיים האחרונות? |
|---|--------------------|---------------------------------------|---|
| 1 <input type="checkbox"/> בעיה נפשית (מקבל טיפול)  |                    | <input type="checkbox"/> כן           | <input type="checkbox"/> כן             |
| 2 <input type="checkbox"/> הפרעות בבלוטת התריס  |                    | <input type="checkbox"/> כן           | <input type="checkbox"/> כן             |
| 3 <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם   |                    | <input type="checkbox"/> כן           | <input type="checkbox"/> כן             |
| 4 <input type="checkbox"/> ליקוי שכלי   |                    | <input type="checkbox"/> כן           | <input type="checkbox"/> כן             |
| 5 <input type="checkbox"/> ליקוי שמיעה  |                    | <input type="checkbox"/> כן           | <input type="checkbox"/> כן             |
| 6 <input type="checkbox"/> ליקויי ראייה ומחלת עיניים<br>האם קיבלת תעודת עיוור ממשרד הרווחה- השירות לעיוור <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן |                    | <input type="checkbox"/> כן           | <input type="checkbox"/> כן             |
| 7 <input type="checkbox"/> מחלה אורטופדית (גפיים עליונות ותחתונות, גב, צוואר, דלקת פרקים)   |                    | <input type="checkbox"/> כן           | <input type="checkbox"/> כן             |
| 8 <input type="checkbox"/> מחלות בתחום נוירולוגי (כולל אלצהיימר, פרקינסון, אפילפסיה ואיחוע מוחי)  |                    | <input type="checkbox"/> כן           | <input type="checkbox"/> כן             |
| 9 <input type="checkbox"/> מחלות דרכי עיכול (כולל קיבה ומעינים)   |                    | <input type="checkbox"/> כן           | <input type="checkbox"/> כן             |
| 10 <input type="checkbox"/> מחלת כבד (כולל צהבת)  |                    | <input type="checkbox"/> כן           | <input type="checkbox"/> כן             |
| 11 <input type="checkbox"/> מחלת כליות (כולל דיאליזה)   |                    | <input type="checkbox"/> כן           | <input type="checkbox"/> כן             |
| 12 <input type="checkbox"/> מחלת לב   |                    | <input type="checkbox"/> כן           | <input type="checkbox"/> כן             |
| 13 <input type="checkbox"/> מחלת עור  |                    | <input type="checkbox"/> כן           | <input type="checkbox"/> כן             |
| 14 <input type="checkbox"/> מחלת ריאות (כולל אסטמה)   |                    | <input type="checkbox"/> כן           | <input type="checkbox"/> כן             |
| 15 <input type="checkbox"/> סכרת  |                    | <input type="checkbox"/> כן           | <input type="checkbox"/> כן             |
| 16 <input type="checkbox"/> סרטן (כולל לימפומה ולוקמיה)   |                    | <input type="checkbox"/> כן           | <input type="checkbox"/> כן             |
| 17 <input type="checkbox"/> אחר _____   |                    | <input type="checkbox"/> כן           | <input type="checkbox"/> כן             |
| 18 <input type="checkbox"/> אחר _____   |                    | <input type="checkbox"/> כן           | <input type="checkbox"/> כן             |

נא סמן האם עברת אחת או יותר מהבדיקות המפורטות להלן בשנתיים האחרונות (אם כן, נא צרף את תוצאות הבדיקות):

אקו לב  EMG  CT (טומוגרפיה ממוחשבת)  MRI (תהודה מגנטית)  תפקוד ראות  צנתור  אנדוסקופיה

האם נכותך נגרמה מתאונה? (תאונת דרכים, רשלנות, תקיפה וכד')  לא  כן, תאריך התאונה \_\_\_\_\_

האם פנית למשרד הביטחון בשל פגיעה במהלך השירות הצבאי?  לא  כן, צרף העתק של דוח הוועדה הרפואית

אם טופלת בשנה אחרונה ע"י  הלשכה לשירותים חברתיים או  התחנה לבריאות הנפש, סמן "V" במקום המתאים וציין את הכתובת/ שם היישוב: \_\_\_\_\_

**הסכמה לקביעת הנכות ע"י הרופא ללא נוכחות**

אני מסכים בזאת, שרופא יקבע לי את אחוזי הנכות הרפואית, ע"פ מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שאף שנתתי את הסכמתי לכך, ייתכן שיהיה עליי להגיע לבדיקה, אם הרופא ידרוש זאת.

חתימת התובע ✕ \_\_\_\_\_

4

אם המבוטח מיוצג ע"י עו"ד או חברה או אם אינו יכול להגיש תביעה עקב מצבו הבריאותי, על מגיש התביעה למלא את הפרטים הבאים:

**פרטי התובע**

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| מספר זהות<br>ס"ב<br>_____  | שם פרטי<br>_____   | שם משפחה<br>_____   | יחס קרבה לתובע<br><input type="checkbox"/> קרוב משפחה<br><input type="checkbox"/> אפוטרופוס<br><input type="checkbox"/> עו"ד<br><input type="checkbox"/> חברה מייצגת<br><input type="checkbox"/> ה"ח<br><input type="checkbox"/> אחר: _____ |
| דואר אלקטרוני<br>_____@_____<br><input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט | טלפון להתקשרות<br>_____<br><input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS | <input type="checkbox"/> יפוי כוח <input type="checkbox"/> צו אפוטרופוסות<br><input type="checkbox"/> פסק דין <input type="checkbox"/> אחר: _____<br>אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל<br>ציין איזה וצרך העתק |   |
| תאריך _____ חתימה _____ x  |  |   |   |

5

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

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

|   |                          |                                     |                  |
|---|--------------------------|-------------------------------------|------------------|
| שמות בעלי החשבון<br>_____   |                          |                                     |                  |
| מספר חשבון<br>_____   | מס' סניף<br>_____        | שם הסניף / כתובתו<br>_____          | שם הבנק<br>_____ |
| אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הבקשה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל הבקשה.<br>אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימה על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.<br>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.<br>אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל.<br><b>לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי היא עלי להמציאם לפי דרישה.</b> |                          |                                     |                  |
| תאריך _____   | חתימת תובע הקצבה _____ x | חתימת/חתימות השותפים לחשבון _____ x | קרבה לתובע _____ |

6

**הצהרת התובע או מגיש התביעה**

אני החתום מטה תובע קצבת נכות, ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לקצבה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

במידה ועל סמך המסמכים הרפואיים ניתן יהיה לקבוע קצבת נכות בשיעור מלא, אני מסכים כי הקביעה תעשה ללא זימוני לבדיקה. ידוע לי כי בכל מקרה אוכל לבקש זימון לבדיקה.  
 אני מסכים להיבדק לצורך שירותים מיוחדים, אם תהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו.

אני מסכים להעביר מידע למשרד הרווחה-השירות לעיוור במידה ויקבעו לי 90% נכות רפואית בגין ליקוי ראייה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע או מגיש התביעה\* \_\_\_\_\_

**חותמת קבלה**

**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
נכות כללית



**כתב ויתור סודיות רפואית**

**שם הגמלה: נכות כללית**

**פרטים אישיים**

|                |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |      |     |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |
|----------------|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|------|-----|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
|                | <b>תאריך תביעה</b><br><table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="text-align: center;">יום</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table> |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | שנה | חודש | יום |  |  |  |  |  |  |  | <b>מספר זהות/דרכון</b><br><table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>קוד גמלה</b><br><br><b>33</b> |
|                |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |      |     |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |
| שנה            | חודש   | יום             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |      |     |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |
|                |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |      |     |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |
| <b>שם פרטי</b> |  | <b>שם משפחה</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |      |     |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                  |

חבר בקופת חולים

כללית  
  מאוחדת  
  מכבי  
  לאומית  
  אחר \_\_\_\_\_

**הצהרה**

אני הח"מ, שפרט"י 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, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התביעה ✕ \_\_\_\_\_



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות כללית

**אישור המעסיק על תקופת  
ההעסקה ועל השכר**

**פרטי המעסיק**

|            |          |                             |  |
|------------|----------|-----------------------------|--|
| שם המעסיק  |          | מספר תיק ניכויים / מס' ת.ז. |  |
| מספר טלפון | מספר פקס | דואר אלקטרוני               |  |

**פרטי העובד השכיר**

|          |         |                  |
|----------|---------|------------------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות<br>ס"ב |
|----------|---------|------------------|

העובד הועסק מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ הסיבה לפסקת העבודה: \_\_\_\_\_

פרש מהעבודה סופית בתאריך \_\_\_\_\_  ממשיך לעבוד: חלקיות משרה \_\_\_\_\_

ימי מחלה שלא נוצלו \_\_\_\_\_

ימי המחלה נוצלו במלואם בתאריך \_\_\_\_\_

**פרטים על העבודה והשכר**

יש למלא פרטים על עבודת השכיר ועל השכר ב-15 החודשים האחרונים או לחודשים שקמו למועד הפסקת העבודה, כולל חודש עבודה אחרון.  
 אין לכלול רכיבי שכר שאינם חייבים בדמי ביטוח לאומי ואין לכלול תשלומים שניתנו לעובד אחרי ניתוק יחסי עובד-מעביד

| בחודש/בשנה | השכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לאומי בש"ח | סכום דמי מחלה ששולמו | תוספות שנכללו בשכר (הבראה, ביגוד וכד') |      |
|------------|--|----------------------|--|------|
|            |  |                      | סכום                                   | סיבה |
| 1          |  |                      |  |      |
| 2          |  |                      |  |      |
| 3          |  |                      |  |      |
| 4          |  |                      |  |      |
| 5          |  |                      |  |      |
| 6          |  |                      |  |      |
| 7          |  |                      |  |      |
| 8          |  |                      |  |      |
| 9          |  |                      |  |      |
| 10         |  |                      |  |      |
| 11         |  |                      |  |      |
| 12         |  |                      |  |      |
| 13         |  |                      |  |      |
| 14         |  |                      |  |      |
| 15         |  |                      |  |      |

הערות:

**הצהרה**

אני החתום מטה מצהיר בזה שמסרתי את כל הפרטים הקשורים בעבודתו של העובד

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת ממלא הטופס ותפקידו \* \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת המעסיק/העסק \* \_\_\_\_\_