



תביעה לקצבת נכות כללית והצהרה למחלקת הביטוח והגביה

על פי חוק הביטוח הלאומי

בעת הגשת התביעה (טופס מס' 1 שבערכה) יש למלא ולצרף את המסמכים הבאים:

1. טופס לרופא המשפחה בקופ"ח (טופס מספר 4 שבערכה). אנא בקש מהרופא שימלא טופס זה*. כמו כן צרף תעודות רפואיות אחרות, סיכומי מחלה מבתי - חולים וכן תוצאות בדיקות, צילומי רנטגן ו- C.T. שנערכו ב-15 החודשים האחרונים.
* חולה שבידו אישור רפואי של האגודה למלחמה בסרטן ימציא האישור במקום הטופס לרופא המשפחה (טופס מספר 4).

ללא אישורים רפואיים לא ניתן לקבוע הזכאות לקצבת נכות.

2. הצהרה על עבודה והכנסות - טופס מספר 2 שבערכה. (הטופס מחובר לטופס מס' 1).
3. הצהרה והודעה למחלקת הביטוח והגביה (טופס מספר 3 שבערכה). אם תקופה כלשהי ב-5 השנים האחרונות היית **עובד עצמאי או לא עבדת** אנא מלא טופס זה. (טופס מס' 3 מחובר לטופס מס' 1).
4. אישור על העסקת **עובד שכיר** ושכר עבודה (טופס מספר 5 שבערכה). אם עבדת תקופה כלשהי ב-15 החודשים האחרונים אנא מסור טופס זה לידי המעביד (האחרון), בקש ממנו למלא הטופס וצרף אותו לתביעה. אם בלתי אפשרי לחלוטין לפנות למעביד, צרף תלושי שכר עבור התקופה החל מ-18 חודשים לפני תחילת המחלה / הפגיעה ועד היום. כמו כן יש לצרף גם את הודעת המעביד על הפסקת עבודה (מכתב הפיטורין).
5. אישורים על **דמי מחלה** / **אי כושר** / **נכות** ששולמו לך ב-15 החודשים האחרונים מהמעביד, מקרן ביטוח, מקופת גמל או מחברת ביטוח.
6. עליך לצרף המחאה ריקה של חשבון הבנק המתנהל על שמך כשעל גבי המחאה עליך לרשום "מבוטל". תוכל במקום המחאה לפנות לבנק בו מתנהל חשבונך ולבקש שימציאו לך אישור מתאים מהבנק המאשר שתובע הגמלה הוא בעל החשבון. אישור זה עליך לצרף לתביעה.

לתשומת לב: קביעת הזכאות לקצבת נכות היא ממושכת והתשלום מתחיל רק לאחר 90 ימים לפחות מתחילת הנכות, ולכן מי שאין לו ולבן / בת זוגו הכנסות יכול לפנות להבטחת הכנסה בסניף כדי שתיבדק זכאותו לגמלת הבטחת הכנסה לתקופת ההמתנה. הבטחת הכנסה משולמת לזכאי לה לא לפני ה-1 בחודש בו מוגשת התביעה להבטחת הכנסה.

קצבת נכות ניתן לשלם לתקופה עד שנה לפני הגשת התביעה.



טופס מס' 1

חותמת ותאריך קבלה

תביעה לקצבת נכות כללית

על-פי חוק הביטוח הלאומי

א. פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה
מספר זהות ס"ב			
מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	ארץ לידה <input type="checkbox"/> ישראל <input type="checkbox"/> מז' אירופה	אתיופיה <input type="checkbox"/> אחרת	תאריך עלייה
מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמ/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> עגונה			
רחוב	מספר בית	כניסה	דירה
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס	מיקוד
0	0	0	מיקוד תא דואר
			תא דואר

השכלה

א. ס"ה שנות לימוד בבית - ספר (כולל אוניברסיטה) _____

ב. בית הספר האחרון בו למדת: _____ שם בית הספר _____ שם היישוב _____

ג. קורסים בהם למדת: (1) _____ שם הקורס _____ משך הלימודים _____

(2) _____ שם הקורס _____ משך הלימודים _____

ב. פרטים על הנכות, אישפוזים וגורמים מטפלים

1. פרטים על הנכות

תאר את כל המחלות והבעיות הרפואיות שלך, ציין ממתי אתה סובל מהן וצרף אישורים רפואיים שברשותך. שאלון מיוחד למילוי על-ידי הרופא המטפל מצורף לטופס זה.

החמרה מתאריך	התחיל מתאריך	תאור המחלה / הליקוי
		(1)
		(2)
		(3)
		(4)

2. פרטים על קופת החולים בה הינך מטופל ועל רופא המשפחה

שם הקופה _____ שם המרפאה וכתובתה _____

שם רופא המשפחה שלך: ד"ר _____ כתובת המרפאה: _____

3. רופאים נוספים המטפלים בך או טיפלו בך בעבר

רשום שמות רופאים נוספים המטפלים בך וכתובתם. אם הטיפול הוא במרפאה מקצועית / מחלקה של קופ"ח או של בית-חולים - רשום את שם המרפאה / מחלקה וכתובתה. אם ידועים לך מספרי הטלפון רשום גם אותם.

_____ (1)

_____ (2)

_____ (3)

_____ (4)

4. האם אושפזת בבית - חולים? לא כן - רשום את שם בית החולים והמחלקה בה אושפזת

שם בית החולים: (1) _____ המחלקה: _____

_____ (2)

_____ (3)

5. האם פנית לאחד מהגורמים הבאים:

למשרד הבטחון בגלל פגיעה בשרות צבאי? לא כן

למשרד האוצר בגלל מלחמה / רדיפות הנאצים? לא כן

ביטוח לאומי לענף נפגעי עבודה, נפגעי איבה או אסירי ציון? לא כן, _____ פרט

צרף העתק של דו"ח הועדה הרפואית } _____

ג. עיסוק ועבודה, הכנסות מעבודה ותשלומים אחרים

1. האם עבדת ב-5 השנים האחרונות?

לא עבדתי בכלל, הסיבה - _____ עבור לחלק ד' למטה

עבדתי ואני לא עובד היום, הפסקתי לעבוד בתאריך _____ הסיבה _____

עבדתי ואני עובד היום

2. התאריך בו עקב הנכות צומצמה הכנסתך מעבודה _____

3. פרטים על עבודה

רשום הפרטים הבאים על כל עבודותיך ב-5 השנים האחרונות.

סיבת הפסקת העבודה או השינוי	מס' שעות עבודה ביום / היקף משרה	תקופת העבודה		שם מקום העבודה כתובתו ומספרי טלפון / פקס
		עד תאריך	מתאריך	
				(1) (עבודה היום או עבודה אחרונה):
				(2)
				(3)
				(4)

4. תשלומים בשל מחלה

א. האם ב-15 החודשים האחרונים קבלת / או תקבל דמי מחלה עבור תקופות בהן לא עבדת?

לא

כן ← מהמעביד / מקרן ביטוח _____ (צרף אישורים ומסמכים כמפורט בעמוד הראשון)

ב. האם ב-15 החודשים האחרונים קבלת / או תקבל תשלום כלשהו מחב' ביטוח עקב מחלה?

לא

כן ← שם חב' הביטוח: _____ (צרף אישור, וכן העתק מפוליסת הביטוח)

ד. פרטים אחרים

1. העברת תשלומים

תשלומים שיגיעו לי אבקש להעביר לזכות חשבון הבנק כמפורט להלן:

שם הבנק	מען הסניף	מספר הסניף	מספר החשבון
---------	-----------	------------	-------------

החשבון מתנהל על שמות: התובע אחר, פרט: שם _____

יחס קרבה לתובע _____
(בן / בת זוג, בן / בת, הורה, סב, אח/ות)

2. פרטי מגיש התביעה - ימולא אם וכאשר התובע אינו מסוגל להגיש התביעה בעצמו עקב מצבו הבריאותי

שם מגיש התביעה _____ מספר הזהות _____

מען מגורים (כולל מיקוד) _____

מספרי טלפון: _____ / _____ טלפון נייד _____ / _____ פקס _____ / _____

פרטים על יפוי כח / צו אפוטרופסות / פסק דין: אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצרף העתק: _____

3. הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות - חתום למטה אם אתה מעוניין שהנכות הרפואית תקבע לפי מסמכים בלבד

אני מסכים בזה שרופא יקבע את אחוזי נכותי הרפואית לפי מסמכים בלבד ומבלי לזמן אותי לבדיקה רפואית.

ידוע לי שלמרות הסכמתי זו יהיה עלי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

חתימת התובע X _____

5. הצהרת התובע / מגיש התביעה / שותף לחשבון הבנק (למעט לחבר קבוץ / מושב שתופי) חשבון הבנק חייב להיות ע"ש התובע, אפשרי שותף/ים בחשבון)

❖ א. אני החתום מטה תובע קצבת נכות ומצהיר בזה כי כל הפרטים בתביעה ומצרופיה הם נכונים אם יחול שינוי באחד מהפרטים שמסרתי בתביעה זו אני מתחייב להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 6 חודשים. ידוע לי כי בהתאם לחוק, אדם אשר גרם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה, או להגדלתה על-ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

(יסומן ב- ✓ כאשר עובד המוסד ממלא את טופס התביעה) כל הפרטים הרשומים בתביעה הוקראו באוזני ואני מאשר בזה כי הם תואמים את הפרטים שמסרתי בע"פ לעובד המוסד.

❖ ב. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכת, 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 שהוא כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך _____ חתימת התובע / או מגיש התביעה X _____

(התחייבות שותף בחשבון הבנק לגבי סעיף ב.): שם: _____ מספר זהות _____

תאריך _____ חתימה X _____

אם התביעה נחתמה בתביעת אצבע, ציין: _____

שם העד _____ מספר זהותו _____ חתימת העד _____

מלא וחתום על טפסי ויתור הסודיות שלהלן:

ויתור סודיות רפואית

לכבוד _____

אני _____ הח"מ, בעל מספר זהות _____

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 שיידרש על ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

תאריך _____ חתימה X _____

ויתור סודיות רפואית

לכבוד _____

אני _____ הח"מ, בעל מספר זהות _____

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 שיידרש על ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

תאריך _____ חתימה X _____

ויתור סודיות רפואית

לכבוד _____

אני _____ הח"מ, בעל מספר זהות _____

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 שיידרש על ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

תאריך _____ חתימה X _____

הצהרה על עבודה, הכנסות ופרטים אחרים

א.ג.נ.

קצבת הנכות אפשר שתכלול תוספת עבור בן/ת זוג ושני ילדים. תוספת זו מותנית בהכנסות הנכה ובהכנסות בן/ת הזוג. כדי לבחון את זכאותך לתוספת הינך מתבקש/ת להשיב לשאלון זה, ולהחזירו אלינו בהקדם למחלקת נכות בסניף הביטוח הלאומי שבאזור מגוריך. בשאלון גם פרטים על תאונה הדרושים למוסד למיצוי זכויותיו.

מסמכים שעליך לצרף לשאלון זה בעת הגשתו מסומנים להלן.

הדוח בשאלון והאישורים הם לתקופה ב- 12 החודשים האחרונים ועד היום

1. צרף אישורים על הכנסותיך שלא מעבודה בתקופה הרשומה למעלה;
2. צרף אישורים על הכנסות בן/ת זוגך מעבודה ולא מעבודה כמפורט בתקופה הרשומה למעלה (אם אין באפשרותך לדווח על הכנסות בן/ת הזוג, רשום הסיבות לכך בחלק ג' של הטופס בשורת הערות);
3. צרף אישורים על הכנסותיך מעבודה ב- 3 החודשים האחרונים;
4. אם ב-12 החודשים האחרונים היה לך ילד בגיל 18-22 שלמד או שירת בצבא, כלהלן:
 - * למד במוסד על יסודי מוכר - יש להמציא אישור המוסד בו למד.
 - * שירת בשירות סדיר - יש להמציא אישור מטעם השלישות בו יצוין תאריך גיוס ותאריך שחרור משוער (אם זו בת שבשירות לאומי - אישור מהגורם המטפל בהתנדבות שירות).
 - * שוחר במסגרת קדם צבאית, עתודאי, או מתנדב בשנת שירות, רשום שם הילד _____ המוסד לביטוח לאומי יפנה ישירות לגורמים המתאימים לקבלת אישור.
5. אחר _____

עליך להודיע לנו על כל שינוי במצבך הרפואי, התעסוקתי (עבודה)/בהכנסותיך וכן על כל שינוי בהכנסות בן/ת זוגך

הצהרה על עבודה הכנסות ופרטים אחרים

שם התובע (משפחה ופרטי) _____ מספר זהות _____

הצהרה על עבודה, והצהרה על הכנסות ב-12 החודשים האחרונים (סמן ✓, השלם הפרטים וצרף אישורים)

בן/בת זוג	נכה	עבודה
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן צרף 3 אישורי שכר אחרונים	1. עובד/ת היום
		2. שם המעביד האחרון, כתובתו ומספר טלפון
טלפון _____	טלפון _____	3. הכנסת בן/ת זוג ב-12 החודשים האחרונים הראשון: _____ א. מעבודה: _____ ב. מדמי מחלה: _____
<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש	<p>דמי מזונות</p> 4. דמי מזונות המשולמים לא ע"י ביטוח לאומי 5. פנסיה בישראל (לא כולל מביטוח לאומי) 6. פנסיה או רנטה מחו"ל 7. תגמול ממשדד הבטחון (לנכים, אלמנות, הורים שכולים) 8. תגמול מהאוצר לנכי רדיפות / מלחמה בנאצים 9. תשלומים מחברת ביטוח 10. פיצוי עקב נכות - אם יש, ציין הגורם המשלם
ציין איזה _____ <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש	ציין איזה _____ <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש	11. תשלומים שטרם שולמו (פנסיה, ביטוח) <p>הכנסה הונית:</p> 12. הכנסה מריבית, דיבידנד, תוכנית חיסכון
<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש	<p>הכנסה מרכוש:</p> 13. מהשכרת בית / דירה / מבנה 14. ממשק / נכס חקלאי מוחכר 15. מעסק שאינו עובד בו 16. מרכב מושכר (מונית, טנדר וכו') 17. מרכוש אחר
<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש	<p>הכנסה ממקור אחר:</p> 18. רשום מקור ההכנסה וצרף אישור
<p>צרף אישורים ל-12 החודשים האחרונים</p>		

ב. פרטים אחרים

פרטי בן/ת זוג

1. שם משפחה ופרטי _____ מספר זהות _____

2. מגורים: עם התובע אחר, פרט כתובת וטלפון _____

3. האם אתה משלם מזונות לפי פסק דין לא על ידי ביטוח לאומי: לא כן

למוסד לביטוח לאומי מידע על ילדיך הרשומים במשרד הפנים ולכן איננו מבקשים פרטים עליהם

4. השלם פרטים על ילדים חורגים עד גיל 22 ועל נכדים עד גיל 22 שכל פרנסתם עליך התובע-:

מספר זהותו	תאריך לידה שנה / חודש / יום	שם פרטי	שם משפחה	יחס קרבה: ילד חורג / נכד
				1.
				2.
				3.

5. פרטים על תביעה לפיצויי נזיקין מצד שלישי

האם נכותך נגרמה מתאונה? (תאונה: תאונת דרכים או אחרת הנגרמת עקב רשלנות הזולת, תקיפה, וכדומה):

לא כן סוג התאונה: דרכים אחרת תאריך התאונה: _____

מקום אירוע התאונה ונסיבותיה _____

נמסרה הודעה למשטרה ב- _____ מספר התיק _____ / לא נמסרה הודעה למשטרה

האם הגשת / תגיש תביעה לפיצויי נזיקין לא כן, הנתבע הוא _____

שם עורך הדין המייצג אותך בתביעה _____ מענו _____

מס. טלפון _____ טלפון נייד _____ פקס _____

ג. הצהרה וחתימה

אני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים והריני מאשר אותם בחתימת ידי.
ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים מהווה עבירה על החוק.

תאריך: _____ חתימת הנכה _____ חתימת בן/ת הזוג _____



חותמת סניף ותאריך קבלה



הצהרה והודעה על שינויים למחלקת הביטוח והגביה

מלא הטופס אם תקופה כלשהי ב-5 השנים האחרונות היית עובד עצמאי או שלא עבדת (פרטי העסק בסעיף 2 וסעיף 3 ימלא רק מי שהיה עובד עצמאי)

1	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
			שם משפחה
שם האב			

מען מגורים:

2	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	תא דואר
מספר טלפון נייד		מספר טלפון פקס				

שם העסק	מספר תיק ניכויים	מספר טלפון
---------	------------------	------------

מען העסק:

רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר פקס
------	----------	-------	-------	----------

3

עיסוק או מקצוע אחרון: _____ תאריך תחילת עבודה כעצמאי: _____

מס' שעות עבודה ממוצע לשבוע: _____ החל מ- _____ מס' תיק ניכויים / מעביד: _____

רשום תאריך _____

אני מצהיר בזה כי בגלל _____

הפסקתי לעבוד מתאריך _____ צמצמתי את היקף עבודתי מתאריך _____

אני ממשיך לעבוד בהיקף מלא.

העסק: נסגר נמכר הושכר בתאריך: _____ (צרף אישור מתאים)

הכנסות ב-5 שנים אחרונות כולל שנה נוכחית (שוטפת) (צרף שומות מס הכנסה שברשותך)

4	ההכנסה השנתית בש"ח ב-5 שנים אחרונות		מספר חודשים	חודש ראשון	שנת מס
	ריבית, השכרה, רכוש, פנסיה, גמלה	מעסק, משלח יד חקלאות			
					שנה שוטפת

הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים, ידוע לי שפרטים אלה יועברו לשימוש מחלקת הביטוח והגביה. כן ידוע לי כי לפי סעיף 239 לחוק המוסר הצהרה כוזבת או מעלים עובדות בעלות חשיבות לענין זה עובר על החוק.

(יסומן ב- ✓ כאשר עובד המוסד ממלא את טופס ההצהרה) כל הפרטים הרשומים בתביעה הוקראו באוזני ואני מאשר בזה כי הם תואמים את הפרטים שמסרתי בע"פ לעובד המוסד.

תאריך _____ שם החותם _____ חתימה _____

(עמוד זה לשימוש המוסד לביטוח לאומי)

אל מחלקת הביטוח והגביה, סניף _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מספר זהות ס"ב
----------	---------	--------	------------------

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
------	----------	-------	------	-------	-------

מספר טלפון נייד	0	מספר טלפון
-----------------------	---	---------------

הנייל עבד כשכיר:

1. מ _____ עד _____ לפי אישור המעביד לפי ההצהרה בתביעה בלבד

שם המעביד ומספר תיק הניכויים שלו: _____

2. מ _____ עד _____ לפי אישור המעביד לפי ההצהרה בתביעה בלבד

שם המעביד ומספר תיק הניכויים שלו: _____

3. מ _____ עד _____ לפי אישור המעביד לפי ההצהרה בתביעה בלבד

שם המעביד ומספר תיק הניכויים שלו: _____

4. מ _____ עד _____ לפי אישור המעביד לפי ההצהרה בתביעה בלבד

שם המעביד ומספר תיק הניכויים שלו: _____

תאריך: _____ סניף _____ שם וחותימת פקיד תביעות: _____



לכבוד
רופא מטפל בקופ"ח / מרפאה

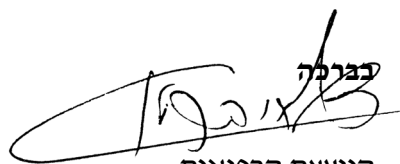
ד"ר נכבד/ה

המוסד לביטוח לאומי ערך בדיקה מקיפה בנושא גמלת נכות והתברר, כי הזכאות לגמלה ומשך הטיפול בקביעת הזכאות, מבוססים בעיקר על ידיעת מצבו הרפואי של התובע.

נודה לך איפוא אם תסייע לחולה שבטיפולך ותמלא במפורט את הטופס המצורף ותחזירו אלינו באמצעות החולה.

רופא סניף הביטוח הלאומי (בנושא נכות כללית) ישמח לעמוד לרשותך בכל שאלה או הבהרה שתדרש.

אם ברשותך תעודה ממוחשבת ובה המידע הרפואי העדכני המבוקש אנא צרף אותה במקום הטופס המצורף.
אם יש מקום להשלמת פרטים נודה לך על כך.



היועצת הרפואית
המוסד לביטוח לאומי

בל/ 7801 (07.2003) טופס מס' 4

בספח לתלישה טופס ויתור סודיות רפואית המיועד לתיק קופ"ח.
(יש לבקש מהחולה למלאו ולחתום עליו)

ויתור סודיות רפואית

לכבוד קופ"ח _____

מרפאת _____

אני _____ הח"מ בעל מספר זהות _____

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 שיידרש על ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

חתימת התובע (החולה) X _____

תאריך _____

תעודה רפואית עבור המוסד לביטוח לאומי

שם קופת החולים _____ סניף / מרפאה _____ מס' טלפון _____ מס' פקס _____

החולה:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

1. האבחנות

מס'	האבחנה	משנת
.1		
.2		
.3		
.4		
.5		
.6		

2. אישפוזים ב- 3 השנים האחרונות

מס'	שם בית החולים	שם המחלקה
.1		
.2		
.3		
.4		

אנא מסור עבורנו לידי החולה (התובע) העתקים מסיכומי המחלה הרלבנטיים

3. טיפול תרופתי נוכחי

מס'	שם התרופה	מינון
.1		
.2		
.3		
.4		
.5		

4. לחולים הסובלים מיתר לחץ דם או ממחלות לב

❖ מדידות לחץ דם בחצי השנה האחרונה 1. 2. 3. 4. 5. 6.

❖ היפרטרופיה של החדר השמאלי: כן / לא, לפי: 1. אק"ג מיום _____

2. צילום חזה מיום _____

❖ ממצאי בדיקת מאמץ מיום _____:

לתשומת לב: חתימת הרופא בעמוד האחרון בטופס

מס' זהות _____

❖ ממצאי בדיקת אקו לב מיום _____ : _____

5. לחולים הסובלים מסכרת

❖ ממתי סובל מסכרת? _____

❖ ערכי סוכר הדם בחצי השנה האחרונה _____

❖ ערכי HbA1C _____

❖ סיבוכים (עיניים, כליות, מערכת העצבים) _____

אנא צרף חוות דעת של רופאים מקצועיים המתייחסות לסיבוכי הסכרת

6. לחולים הסובלים ממחלת כליות כרונית

❖ תוצאות בדיקת מעבדה אחרונות:

_____ ספירת דם

_____ בדיקת שתן כללית

_____ חלבון בשתן של 24 שעות

_____ פינוי קריטינין CCT

Creatinine: _____ Urea: _____

❖ תוצאות בדיקת US כליות מיום _____ : _____

❖ תוצאות IVP מיום _____ : _____

7. לחולים הסובלים ממחלת ריאות כרונית

❖ תוצאות צילום חזה אחרון מיום _____ : _____

❖ תוצאות תפקודי נשימה מיום _____ : _____

מס' זהות _____

8. לחולים הסובלים מכיפיון (Epilepsy)

- ❖ סוג ההתקפים _____
- ❖ תדירות ההתקפים מכל סוג _____
- ❖ רמת התרופות בדם מיום _____ :
- ❖ תוצאות EEG אחרון מיום _____ :
- ❖ תוצאות CT מוח מיום _____ :

9. לחולים המקבלים טיפול כימותרפי או קרינתי

- ❖ מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה (ירידה במשקל, תלונות אחרות)? _____
- ❖ ותאריך אבחון המחלה _____
- ❖ תחילת הטיפול בתאריך _____ סיום הטיפול בתאריך (או תאריך משוער) _____
- ❖ סוג הטיפול _____
- ❖ תדירות ומשך הטיפול _____

10. תוצאות בדיקות אחרות (הדמיה, EMG, תפקודי כבד, בלוטת התריס, וכו')

11. מידע נוסף במרפאה מקצועית

אין יש - שם המרפאה, כתובתה, שם הרופא המטפל ומס' טלפון _____

12. הערות

תאריך _____	שם הרופא _____	חתימה _____
-------------	----------------	-------------

טופס זה מיועד למילוי ע"י המעביד של תובע גימלה

המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות

ביטוח נכות

סניף _____

נכבדי,

נדרשים לנו פרטים בקשר לתביעה שהוגשה למוסד לביטוח לאומי.
נודה לך אם תשלם את פרטי הטופס הרצוי"ב.

חלק ב' שעל גב הטופס אנו מבקשים למלא רק למי שעבד לאחר שחלה / שנפגע. לגביו יש למלא הפרטים
לתקופה החל מ- 18 חודש לפני תחילת המחלה / הפגיעה ועד היום (או עד התאריך בו פרש מהעבודה).

בתודה על שיתוף הפעולה



אישור על העסקת עובד ושכר עבודה

חלק א'

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מספר זהות ס"ב

הנתונים על עבודת הנ"ל אצלנו הם כלהלן:

1. תקופת העבודה (הכוללת):

- א. תחילת עבודה ביום _____ הפסקת עבודה בפועל ביום _____ הסיבה _____
- ב. פרישה סופית מעבודה ביום* - _____
- ג. ממשיך לעבוד
- (*תאריך ניתוק יחסי עובד מעביד)

2. פרטים על היקף המשרה:

- א. עבד במשרה חלקית: לא; כן - מתאריך _____ שיעור חלקיות המשרה _____
- ב. הסיבה לעבודה החלקית: _____
- ג. האם שולמו השלמות לשכר המשרה החלקית: _____
- ד. לא כן מהות התשלום: _____ לתקופה מ- _____ עד _____

3. לעובדים היום

- א. סוג העבודה והתפקיד הנוכחי _____

4. דמי מחלה

- א. ב- 15 החודשים האחרונים שולמו לנ"ל דמי מחלה: לא כן

דמי מחלה שולמו לתקופות:

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	מתאריך
						עד תאריך

- ב. יתרת ימי מחלה שלא נוצלו _____ ימים.

- ג. תשלום דמי המחלה הוא ע"י קרן _____

5. תשלומים אחרים

- א. האם שולמו (למעט דמי מחלה) תשלומים כלשהם מיום הפסקת העבודה בפועל ועד ליום הפרישה (עד ניתוק יחסי עובד מעביד): לא כן
- ב. האם בוטח לעניין אי כושר בחברת ביטוח? לא כן, שם החברה _____
- פרט: מהות התשלום _____ לתקופה מ- _____ עד _____

6. פרישה לפנסיה

- א. הנ"ל פרש לפנסיה: לא כן, מיום _____; הפנסיה משולמת מקרן _____

שם המעביד: _____	מספר תיק: _____
כתובת המעביד: _____	
תאריך _____ שם החותם _____ תפקידו _____	חתימה וחותמת המפעל _____

פרטים על עבודה ושכר ב-24 החודשים האחרונים

הפרשים או תוספות שנכללו בשכר (כגון: דמי הבראה, ביגוד, משכורת 13 וכיוצ"ב)			סה"כ שכר (ברוטו (1))	סכום דמי מחלה	שולמו דמי מחלה (כן / לא)	שיעור משרה (מלא/ חלקי)	חודש	שנה	מס' סידורי
מהות התשלום	מתייחס לתקופה עד	מ- הסכום							
									1
									2
									3
									4
									5
									6
									7
									8
									9
									10
									11
									12
									13
									14
									15
									16
									17
									18
									19
									20
									21
									22
									23
									24

הערות: (1) כולל גם רכיבי שכר שאינם חייבים בתשלום דמי ביטוח.

הערות המעביד:
