



## תביעה לדיון מחדש לפי תקנה 36 (החמרה במצב)

### חובה לצרף לטופס זה

אישור על החמרה מרופא שמוסמך לכך בקופת חולים, על פי רשימת רופאים הנמצאת בקופות החולים. ↵

### כיצד יש להגיש את התביעה

את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345. ↵

לידיעתך – הוועדה אינה מוסמכת לקבוע דרגת נכות, על סמך תקנה 36, בעד התקופה שקדמה למועד הגשת התביעה. ↵

מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il). ↵

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
אסירי ציון

**תביעה לדיון מחדש  
לפי תקנה 36 (החמרה במצב)**

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 150px;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> </table> <p style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</p> </div> <div style="width: 100px;"> <p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> </table> <p>סוג המסמך</p> </div> <div style="width: 30%;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> </table> <p>דפים</p> </div> </div> </div>																								<p><b>חותמת קבלה</b></p>

**פרטי התובע**

**1**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		
<p>מבקש לדון מחדש בדרגת נכותי בשל החמרה במצבי כתוצאה מהמאסר מתאריך _____  <b>מצ"ב אישור שחלה החמרה במצבי, מרופא שמוסמך לכך בקופת חולים.</b></p> <p><input type="checkbox"/> מבקש לדון מחדש בדרגת נכותי, עקב החמרה בפגיעות הבאות:        _____        _____</p>		

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

**2**

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
<p>אני השותף לחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.</p> <p>אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ו לאחריה.</p> <p>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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.</p>			
תאריך	חתימת מקבל הגמלה	חתימת/חתימות השותפים לחשבון	x

**הצהרה**

**3**

<p>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.</p>	
תאריך	חתימת התובע x



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
אסירי ציון

חותמת קבלה

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה
18		שנה   חודש   יום

שם משפחה	שם פרטי
----------	---------

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 או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח \* \_\_\_\_\_