



<p>יח' שבט תשע"ג 10 במרץ 2013</p>	<p>חוזר נכות מס' 1925</p>
<p>נושא: נכות כללית, שר"מ, ילד"ן ופוליו תת נושא: נהלים שם החוזר: ביטול נוהל החזרת תביעה לתובע</p>	
<p>מטרת החוזר לידע פקידי תביעות בנכות כללית בעניין ביטול נוהל החזרת תביעה לתובע. ביטול הנוהל נועד לשפר השירות, לטיפול מהיר ויעיל יותר למבוטחים וליצירת אחידות בסניפים. שינוי הנוהל מתייחס לתקנות: 7 ו-8 לתקנות הגשת תביעה לגמלה ואופן תשלומה. חוזר זה מבטל חוזרי נכות 1649 ו-1713.</p>	
<p>פתח דבר</p>	
<p>הוראות לביצוע</p>	
<p>נספח נספח 1 - דף התביעה לנכות כללית אותו יש לצלם ולשלוח לתובע לחתימה. נספח 2 - דף התביעה לשירותים מיוחדים אותו יש לצלם ולשלוח לתובע לחתימה. נספח 3 - דף התביעה לילד נכה אותו יש לצלם ולשלוח לתובע לחתימה. נספח 4 - דף התביעה לפוליו אותו יש לצלם ולשלוח לתובע לחתימה.</p>	
<p>רשימת תפוצה מנהלי הסניפים מנהלי סניפי משנה מנהלי תחום גמלאות סגני מנהלי תחום גמלאות ממונים, מרכזים פקידי תביעות נכות</p>	

תודה רבה למרלית הר-ציון וסיון אלמקיס בן ישראל על הכנת החוזר

ב ב ר כ ה,

לימור לוריא

לימור לוריא
מנהלת אגף א' גמלאות נכות



פתח דבר

לפי הנהלים הקיימים היום, תביעה שאינה חתומה או שלא צורף לה כל מסמך רפואי, הוחזרה במלואה לתובע. לאור התלונות הרבות מצד המבוטחים וכדי לתת שירות טוב ויעיל יותר, הוחלט לשנות הנהל.

זאת ועוד, בבדיקה שערכנו מצאנו חוסר אחידות בסניפים באשר להחזרת תביעה, ולפיכך הוחלט לבטל את נוהל החזרת תביעה לתובע ולדרוש השלמת פרטים.

החל מפרסום חוזר זה, הנכם מתבקשים לא להחזיר יותר תביעות (מדובר בתביעות חדשות, חוזרות ובבקשות לבדיקה מחדש).

שינוי הנהל מתייחס לתקנות: 7 ו-8 בתקנות הגשת תביעה לגמלה ואופן תשלומה.

חוזר זה מבטל חוזרי נכות 1649 ו-1713.

בתוקף: ממועד פרסום חוזר זה.

[חזרה](#)

הוראות לביצוע

טיפול בתביעה שאינה חתומה והשלמת מידע חסר

במקרים בהם התקבלה תביעה / בקשה לבדיקה מחדש שאינה חתומה ו/או לא צורפו לה מסמכים רפואיים כלשהם ו/או צורפו מסמכים רפואיים ישנים המצויים בתיק ו/או לא צורף אישור מעביד

או תלוש שכר ולא ניתן להשלים המידע מקבצי המוסד, **אין להחזיר התביעה לתובע!**

יש לפעול להשלמת המידע החסר בהתאם להוראות תקנה 8 לתקנות הגשת תביעה, דהיינו, דרישת הפרטים החסרים (תוך 21 יום) ותזכורת ל-15 ימים נוספים.

אם לא התקבל המידע המבוקש יש ליצור **קשר טלפוני** עם התובע ולברר את הסיבה לכך שלא השלים את המידע החסר. לאחר השיחה יש להפעיל שיקול דעת ולהחליט האם יש מקום לדחיית התביעה (הפסקת טיפול) והפקת מכתב דחייה כמקובל (מסך 906).



במקרים בהם מדובר בנכים קשים ([חוזר נכות 1720](#)) יש לעשות כל מאמץ להשלמת הפרטים ולהימנע ככל האפשר מביצוע הפסקת טיפול.

במקרים בהם חסרה חתימת התובע, פקיד התביעות יצרף לדרישת הפרטים צילום של דף התביעה בו חסרה חתימתו, יציין בראש הדף במקום המיועד לו את מספר ת.ז. התובע וידרוש החזרתו חתום (ראה [נספח 1](#), [נספח 2](#), [נספח 3](#), [נספח 4](#)) לפי נוהל דרישת מסמכים (21 + 15 יום). יחד עם זאת, במקרה זה אין לבצע הפסקת טיפול אם לא התקבלה חתימתו, במידה ומתקיימת ועדה בנוכחות, יש להחתיים את התובע על טופס התביעה במהלך הוועדה רפואית. במידה והוועדה הרפואית מתקיימת ללא נוכחות יש להפעיל שיקול דעת ולהחליט האם יש מקום לדחיית התביעה (הפסקת טיפול) והפקת מכתב דחייה כמקובל (מסך 906).

קביעת תאריך קבלת התביעה לאחר הפסקת טיפול

אם הופסק הטיפול בתביעה והמבוטח המציא הפרטים/המסמכים החסרים בתוך 12 חודשים ממועד הפסקת הטיפול. תאריך קבלת התביעה יקבע לפי מועד קבלתה לראשונה, אם חלפו 12 חודשים ממועד הפסקת הטיפול והתובע פונה בבקשה לחדש טיפול בתביעתו, על התובע להגיש תביעה חוזרת ([חוזר מנהל גמלאות 393](#)).

[חזרה](#)



נספח 1

תביעה / בקשה לבדיקה מחדש נכות כללית מתאריך: _____

עמוד 7 מתוך 17

נא למלא מספר תעודת זהות _____

חובה לחתום על ההצהרה

הצהרה

11

אני החתום מטה תובע גמלת נכות, ומצהיר 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 ביוזעין 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 לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים להיבדק לצורך שירותים מיוחדים, אם תהיה המלצה של רופא הסניף על בדיקה זו.

כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך _____ חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה * _____

[חזרה](#)



נספח 2

תביעה / בקשה לבדיקה מחדש שירותים מיוחדים מתאריך: _____
מספר תעודת זהות: _____

הצהרה

9

אני החתום מטה תובע גמלת שירותים מיוחדים, ומצהיר 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, 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 לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

במידת הצורך, אני מסכים להיבדק מחדש לעניין אחוזי נכות רפואית. ידוע לי, שבדיקה זו יכולה לגרום לשינוי באחוזי הנכות (לרבות הפחתתם), ולהשפיע על דרגת אי הכושר שנקבעה.

כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך _____ חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה **x** _____

[חזרה](#)



נספח 3

תביעה / בקשה לבדיקה מחדש ילד נכה מתאריך: _____

מספר תעודת זהות: _____

הצהרה

8

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה 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 על ידי 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.

חתימת מגיש התביעה x _____

תאריך _____

[חזרה](#)



נספח 4

תביעה פוליו מתאריך: _____

מספר תעודת זהות: _____

9

הצהרת תובע/מגיש תביעה/שותף לחשבון הבנק – (למעט חבר קיבוץ/מושב שיתופי)
חשבון הבנק חייב להיות ע"ש התובע, אפשרי שותף/ים לחשבון

אני החתום מטה תובע פיצוי ע"פ החוק לפיצוי נפגעי פוליו לפי הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה. אני מצהיר בזה, כי כל הפרטים בתביעה ובצירופיה נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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 בהודעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב.

(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.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולוודא להחתימים על טופס עדכון החשבון.

אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.

תאריך _____ חתימת התובע / או מגיש התביעה * _____

(התחייבות שותף בחשבון הבנק): שם: _____ מספר זהות: _____

תאריך: _____ חתימה * _____

התביעה לא תטופל בלי חתימתך

[חזרה](#)