



1. מטרה - מטרת הוראה זו להבהיר את נוהל הפרישה הרפואית לעובדים המבוטחים ב"מבטחים" הוותיקה וכן את הזכאיות הכספיות לפרישה מטעמי נכות.
2. עובד שנעדר עקב מחלה ממושכת ובטרם סיים את ימי מחלתו ולזכותו 90 ימי מחלה לפחות, יפנה לרופא תעסוקתי על מנת לקבל חוות דעת לגבי כושרו של העובד לעבודה. במידה והעובד מאושפז בבית חולים, ניתן לקבל דו"ח אשפוז/סיכום ביניים.
3. במידה וחוות דעת רופא תעסוקתי קובעת שהעובד אינו כשיר להמשך עבודה במקצועו וכי יש לשבצו במקום עבודה חלופי – יש להזמין את הרופא התעסוקתי ליחידה ולהציג בפניו תחנות עבודה חלופיות במידה וישנן. היה ולא ימצא תחנת עבודה מתאימה למגבלותיו של העובד- יש לדרוש מהרופא התעסוקתי המלצה במפורש כי העובד אינו כשיר לעבודה וכי יש להפנותו לוועדה רפואית לבחינת המלצות להמשך.
4. עובדים אשר נמצאים במעמד מיצוי ימי מחלה ונותרו לזכותם 90 ימי מחלה יהיו פוטנציאל לוועדה רפואית וזאת על מנת לשמור על רצף זכויות ושכר נלווה.
5. תהליך הפניית האזרח לוועדה הרפואית מתבצע אל מול מדור פרישה במרכז תע"צ, בטרם העברת חומר רפואי מהיחידה למרכז תע"צ יש לקיים ראיון עם העובד המיועד לוועדה רפואית. מטרת קיום ראיון מפקד עם העובד הינה בעניין האפשרות להעמדה בפני וועדה רפואית עקב מצבו הרפואי של העובד, והחתמת העובד על טופס הצהרה / בקשה לקבלת גמלה מטעמי נכות (נספח א') לאחר מכן ימולאו כלל הטפסים להעמדה בפני וועדה רפואית (סעיף 6 לעיל) ויועברו למרכז תע"צ לצורך העמדה לוועדה רפואית במשרד הבריאות.
6. במקרה שחוות הדעת של רופא תעסוקתי או דו"ח האשפוז קובעים אי כושר עבודה מלא או חלקי (חלקי=אינו מסוגל לעבוד יום עבודה מלא) ולעובד יתרה של 90 ימים לפחות על היחידה להעביר ל- מדור פרישה במרכז תע"צ

את המסמכים העדכניים הבאים:

- טופס מקורי מועמד לוועדה רפואית ממולא וחתום ע"י מפקד. (נספח ב').
- כתב ויתור סודיות רפואית מקורי חתום ע"י העובד. (נספח ג')
- הצהרה לעניין מגבלות רפואיות. (נספח ד')
- מכתב סיכום מידע רפואי מרופא המשפחה.
- סיכומים רפואיים עדכניים מכל גורם רפואי (מתקן אשפוז, רופא מומחה וכו').
- הגדרת תפקיד מכתב נלווה החתום ע"י מפקד היחידה בו יפורטו: דרישות תפקיד העובד ומהותו, אופי היחידה, מגבלות העובד בהתייחסות לאופי היחידה ומשימותיה, סביבת העבודה, תנאי העבודה, מפגעים באם קיימים (כגון רעש או מזג אוויר).
- חוות דעת רופא תעסוקה.

שם הוראה: פרישה מטעמי נכות לעובדים המבוטחים במבטחים הוותיקה	מספר: 21-31	כותב ההוראה: ע"צ יאיר אשטמקר
עמוד 1 מתוך 8	תאריך עדכון אחרון: 25/03/2018	

**7. האפשרויות למסקנות הוועדה הינם :**

- "אין סיבות רפואיות להפסקת עבודתו כשיר לעבודה במשרה מלאה."
- "אין סיבות רפואיות מספיקות להפסקת עבודתו כשיר לעבודה חלקית של X שעות בתפקידו התקני. "
- "ישנן סיבות רפואיות להפסקת עבודתו התקנית בתפקידו ובכל תפקיד אחר בצה"ל."

8. זכויות העובד/ת הפורש/ת לפרישה מוקדמת מטעמי נכות

- **פנסיה חודשית משולם ע"י צה"ל עד גיל פרישה טבעית**
(דמי הבראה מחושבים כמרכיב פנסיה) :
במקרה של עובד המבוטח ב"מבטחים הוותיקה" הפנסיה תחושב ותשולם על-ידי מופ"ת, בהתאם לכללים הנהוגים בתקנון האחיד של "מבטחים".
- **מענק פרישה :**
מכפלה של 2.33% ב"משכורת הקובעת למענק פרישה ופיצויים" ובמספר חודשי תשלום בפועל מ- 1 ינואר 1973. "המשכורת הקובעת למענק פרישה ופיצויים" מורכבת מ"ברוטו למבטחים" (למי שאינו בחלקיות עבודה בשל נכות "ברוטו למבטחים" זהה ל"מונה מבטחים") + 1/12 של קוצבת ביגוד + 1/12 של קוצבת הבראה. מענק זה משולם ע"י מופ"ת סמוך לאחר הפרישה.
- יצוין כי לעובד אשר הועסק במשרה חלקית תחושב תקופת העסקה בחלקיות משרה באופן היחסי לחלקיות המשרה. לדוגמה: תקופת העסקה של 20 חודש ב – 50% משרה תחושב לצורך חישוב הזכאות למענק פרישה כאילו הועסק העובד 10 חודשים במשרה מלאה.
- **פדיון ימי חופשה :**
עובד שסיים את עבודתו בצה"ל, נערכת לו התחשבות סופית ביתרת חופשה. במידה ונותרו לזכותו ימי חופשה שלא נוצלו או שהעובד ניצל מעבר לזכאותו השנתית מבוצע חישוב ימי חופשה עודפים.
עובד רשאי לצבור עד 59 ימי חופשה ביחידות בהן עובדים 5 ימים בשבוע. וביחידות בהן עובדים 6 ימים בשבוע, 66 ימים. עובד אשר פרש ונותרו לזכותו ימי חופשה, יזוכה בפדיון חופשה. התשלום עבור יום חופשה יהיה לפי ברוטו ליום חופשה.
- **מענק ביטוח חיים הדדי :**
במידה וקיים (הסדרת התשלום באחריות ארגון עובדי צה"ל).
- **שי לחג :**
כל עובד שפרש פרישה מוקדמת מטעמי נכות זכאי לקבל שי לחג בראש השנה ופסח.

רמ"ד אחראי לעדכונים ושינויים: רמ"ד פרישה וסיומי העסקה

שם הוראה: פרישה מטעמי נכות לעובדים המבוטחים במבטחים הוותיקה	מספר: 21-31	כותב ההוראה: ע"צ יאיר אשטמקר
עמוד 2 מתוך 8	תאריך עדכון אחרון: 25/03/2018	



נספח א'

טופס בקשה לקבלת גמלה פנסיונית מטעמי נכות

1. הנני נותן בזאת הסכמתי לבוא בפני ועדה רפואית מחוזית של משרד הבריאות לבדיקת כושר עבודתי, וידוע לי כי במידה וועדה זאת תקבע כי אינני כשיר לתפקידי הנוכחי בצה"ל או תפקיד אחר בצה"ל, לרבות בכפוף למגבלות רפואיות, הוועדה לביטוח מקיף של משרד הביטחון תהיה רשאית לקבוע את יציאתי לפרישה מטעמי נכות, ולשלם לי קצבת נכות על חשבון משרד הביטחון, עד גיל פרישה על-פי חוק, או לשלם לי גמלת נכות זמנית או חלקית מבלי לפרוש מעובדתי בצה"ל, בהתאם להוראות התקנון האחד של מבטחים מוסד לביטוח סוציאלי של עובדים בע"מ (להלן: תקנון מבטחים הוותיקה).
2. ידוע לי כי, בהתאם לקבוע בתקנון קרן מבטחים הוותיקה, יציאתי לפרישה מטעמי נכות וקבלת קצבת נכות מאת משרד הביטחון בהתאם, או קבלת גמלת נכות זמנית או חלקית מבלי לפרוש מעובדתי בצה"ל, עשויה לבטל את האפשרות למשוך את הכספים הצבורים על שמי בקרן מבטחים הוותיקה על ידי, על-ידי שאירי ו/או על-ידי יורשיי, והכל בכפוף להוראות הרלוואנטיות בתקנון מבטחים הוותיקה.
3. ידוע לי, כי לאחר יציאתי לפרישה מטעמי נכות, או קבלת גמלת נכות זמנית או חלקית מבלי לפרוש מעובדתי בצה"ל, לא אוכל לוותר על זכותי לקצבת נכות, מאת משרד הביטחון או מאת קרן מבטחים הוותיקה לאחר הגעתי לגיל פרישה על-פי חוק, על מנת להיות זכאי למשיכת ערכי הפדיון שצבורים על-שמי בקרן מבטחים הוותיקה.
4. ידוע לי שאני רשאי לפנות לקבל יעוץ פנסיוני אצל גורם חיצוני מקצועי מוסמך אודות הכדאיות הכלכלית ופנסיונית לצאת לפרישה מטעמי נכות, או קבלת גמלת נכות זמנית או חלקית מבלי לפרוש מעובדתי בצה"ל, כמפורט לעיל, לרבות בהשוואה לאפשרות לפרוש מטעמי זקנה בעת הגעתי לגיל פרישה על-פי חוק, ובהתחשב במצבי הרפואי, ובהשוואה לאופציות אחרות שעומדות לזכותי בהתאם להוראות התקנון המבטחים הוותיקה ככל שיש כאילו.
5. ידוע לי כי מערכת הביטחון איננה אמורה או מוסמכת לתת לי יעוץ פנסיוני בנושאים האמורים לעיל ובכלל, ואני מוותר על כל טענה או תביעה נגד מערכת הביטחון אודות הסכמתי לצאת לפרישה מטעמי נכות, לרבות אודות ההשלכות הכלכליות ופנסיוניות של פרישתי מטעמי נכות עליי, על שאירי ועל יורשיי.

שם העובד _____ חתימת העובד _____

עד לחתימת העובד (נציג מטעם היחידה):

שם _____ חתימה _____

שם הוראה: פרישה מטעמי נכות לעובדים המבוטחים במבטחים הוותיקה	מספר: 21-31	כותב ההוראה: ע"צ יאיר אשטמקר
עמוד 3 מתוך 8	תאריך עדכון אחרון: 25/03/2018	

נספח ג'

לכבוד :

משרד הבריאות- לשכת מחוז : חיפה/ תל אביב/ ירושלים/ באר שבע.הנדון : ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ מוותר בזאת על חובת שמירת הסודיות הרפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי, בכל עניין הקשור לעבודתי.

הנני מצהיר בזאת כי הריני מוכן שתפנו בשמי לקופת חולים או לכל מוסד רפואי אחר ו/או לרופאים פרטיים שהייתי בטיפולם, להעביר לידי הועדה הרפואית שליד משרד הבריאות (להלן המבקש/ת) וכן להנהלת המפעל בו אני עובד, לרבות רופא ו/או רופאים מטעם המפעל, את כל הפרטים והמסמכים המצויים בידם הקשורים למצבי הבריאותי ו/או מחלותיי שהנני חולה בהם או שחליתי בהם בעבר.

ויתור זה כוחו יפה גם לצורך הדיונים של ועדת הערעורים.

עם חתימתי על טופס ויתור סודיות רפואית הריני מצהיר כי לא תהיינה לי כל טענות ו/או תביעות מסוג כלשהוא כלפי קופת חולים ו/או רופאים פרטיים אליהם תופנה הבקשה כאמור לעיל.

מס' ת"ז	שם	משפחה	כתובת
תאריך	חתימה		

עד לחתימה :

שם _____ ת"ז _____ תאריך _____ חתימה _____

שם הוראה : פרישה מטעמי נכות לעובדים המבוטחים במבטחים הוותיקה	מספר : 21-31	כותב ההוראה : ע"צ יאיר אשטמקר
עמוד 5 מתוך 8	תאריך עדכון אחרון : 25/03/2018	



21-31

פרישה מטעמי נכות לעובדים המבוטחים במבטחים הוותיקה

נוסח מעודכן לתאריך: 25/03/2018

הצהרה לגבי מגבלות רפואיות

נספח ד'

הריני מצהיר כדלקמן:1. סיבת הנכות אשר בגינה הנני מבקש לעמוד בפני וועדה רפואית:

א. הנכות הינה תוצאה של (יש לסמן ב-X):

- ☐ מחלה ☐ מחלת מקצוע (מחלה שנגרמה בשל עבודתך)
- ☐ תאונת עבודה ☐ תאונת דרכים
- ☐ פעולות איבה ☐ מילואים
- ☐ החמרת המצב עקב מגבלה רפואית המוכרת באגף השיקום
- ☐ אירוע שמזכה בפיצויים לפי פקודת נזיקין (כגון נזק שנגרם בשל רשלנות של אדם או בשל תקיפה),
- פרט: _____.

ב. הגשתי תביעה לקבלת **פיצוי/קצבה** בגין הנכות, מגוף אחר מלבד צה"ל:

נא לסמן ב-X ולמלא את הפרטים:

☐ כן

☐ לא

ג. בדעתי להגיש כן / לא (ימולא במידה והתשובה בסעיף קטן ב' הינה שלילית)

במידה והתשובה היא 'כן' יש להוסיף ולפרט כדלקמן:

זהות הגוף אליו הגשתי/ אגיש תביעה

התביעה הוגשה / תוגש באמצעות עו"ד

שכתובתו

ד. אני מתחייב/ת להודיע לכם בכל מקרה שאגיש בעתיד תביעה לפיצוי או קצבה בגין הנכות לכל גוף שהוא ולהביא לידיעתכם גם את פסק הדין או הסכם הפשרה.

2. הובהר לי, כי במידה ותאושר לי נכות חלקית או תאושר בקשתי לפרישה לנכות אזי אקבל מצה"ל הלוואה בגובה הקצבה שאהיה זכאי לה עד לגמר ההליכים המשפטיים במסגרת תביעה שהגשתי או שאגיש כנגד גורם אחר.

שם הוראה: פרישה מטעמי נכות לעובדים המבוטחים במבטחים הוותיקה	מספר: 21-31	כותב ההוראה: ע"צ יאיר אשטמקר
עמוד 6 מתוך 8	תאריך עדכון אחרון: 25/03/2018	



נוסח מעודכן לתאריך : 25/03/2018

עוד הובהר לי, כי במידה ואני מקבל או אקבל מהגוף האחר תשלומים הנמוכים מגובה הקצבה שהייתי זכאי לה מצה"ל, אזי ישלים צה"ל את ההפרש עד לגובה הקצבה עפ"י האמור בתקנון מבטחים.

במידה ואני מקבל או אקבל מהגורם האחר סכומים הגבוהים מגובה הקצבה לה אני זכאי עפ"י תקנון מבטחים, אדרש להחזיר לצה"ל אך ורק את הסכומים שקיבלתי כהלוואה מצה"ל.

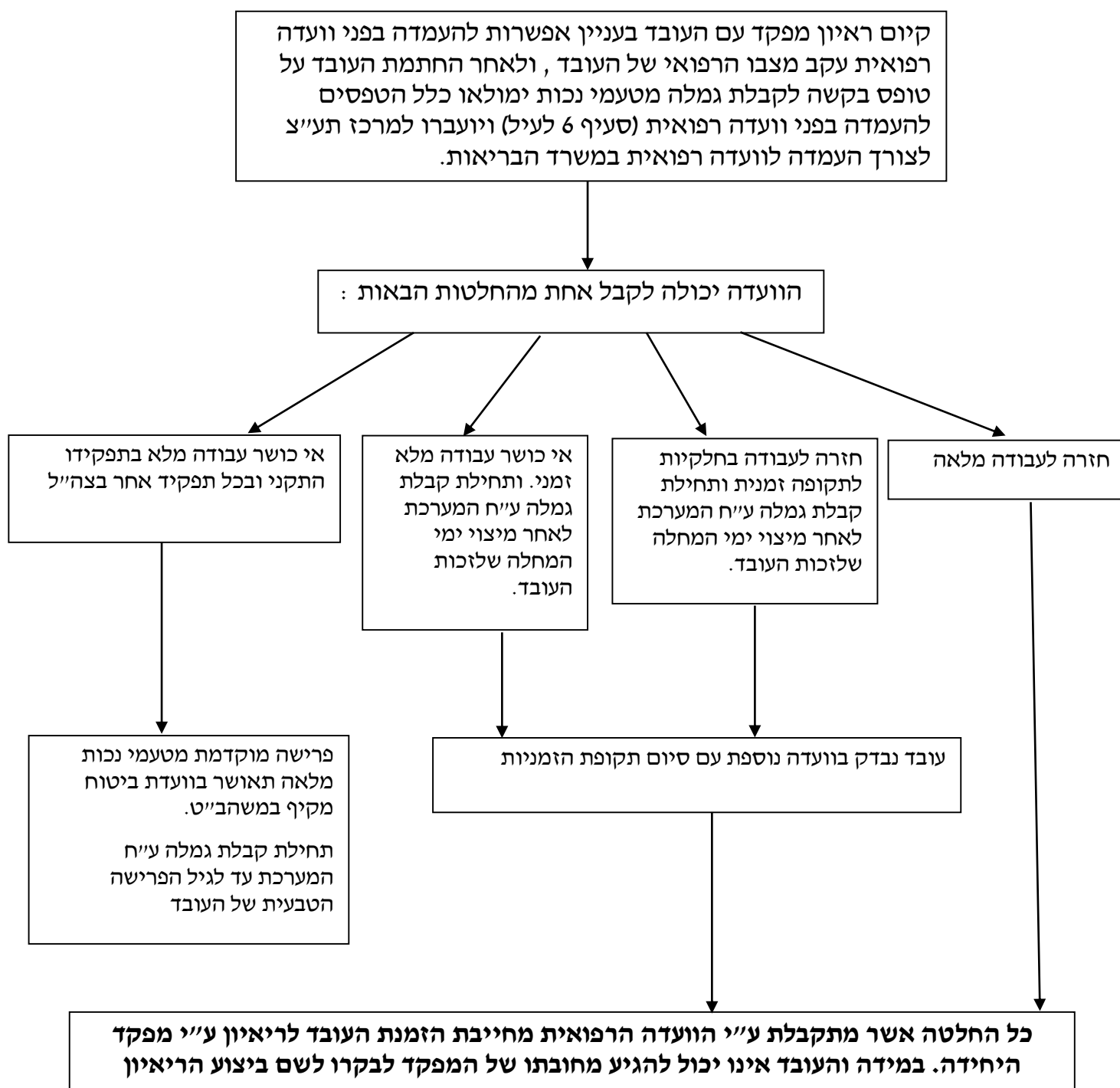
לאור האמור הנני מצהיר ומתחייב כדלקמן:

- א. במידה והגשתי תביעה כאמור בסעיף 1ב לעיל, עליי להמציא לראש תחום ביטוח מקיף במרכז תע"צ מסמכים ונתונים המאמתים את גובה הקצבה/הפיצוי בגין הנכות מהגוף האחר (מלבד צה"ל)
- ב. אם יתברר כי הנכות נגרמה מאירוע שאינו מזכה בקצבה יהיה עליי להשיב למופ"ת את הכספים שקיבלתי כקצבת נכות
- ג. במידה והנכות נגרמה כתוצאה משירות מילואים תביעתי לא תתקבל ועלי לפנות אל אגף השיקום במשרד הביטחון.
- ד. לעדכן את לרח"ל פנסיה במדור שו"ב, ענף עוצמ"ה במופ"ת, ד"צ 02369 צה"ל, לגבי מצב ההליכים המשפטיים בתביעה שהגשתי או שאגיש או כל שינוי בגובה הקצבה/הפיצוי בגין הנכות מגוף אחר.
- ה. ידוע ומוסכם עליי כי אם לא אעביר עדכון נכון ומדויק כאמור לעיל, צה"ל רשאי להפסיק את תשלומי ההלוואה בגובה הקצבה.

שם המבוטח: _____ ת.ז.: _____ חתימה: _____.

שם עד החתימה (קצין האזרחים): _____ חתימה: _____.

שם הוראה: פרישה מטעמי נכות לעובדים המבוטחים במבטחים הוותיקה	מספר: 21-31	כותב ההוראה: ע"צ יאיר אשטמקר
עמוד 7 מתוך 8	תאריך עדכון אחרון: 25/03/2018	

**תרשים תהליך העמדה לוועדה הרפואית וקבלת החלטות הוועדה:**

שם הוראה : פרישה מטעמי נכות לעובדים המבוטחים במבטחים הוותיקה	מספר : 21-31	כותב ההוראה : ע"צ יאיר אשטמקר
עמוד 8 מתוך 8	תאריך עדכון אחרון : 25/03/2018	