



תביעה לקביעת דרגת נכות ולתשלום תגמול נכות לנפגע איבה

חובה לצרף לטופס זה

עליך לצרף אישורים בהתאם לנדרש בטופס התביעה וכן, מסמכים רפואיים עדכניים הקשורים לפגיעה, שטרם נמסרו למוסד.

לידיעתך

- על פי חוק, לא ישולם התגמול לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשת התביעה.
- באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר.

כיצד יש להגיש את התביעה

- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון *6050.
- מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

אם אתה לא יכול לחזור לעבודתך הקודמת בשל נכותך, אנא פנה למחלקת השיקום בסניף הקרוב למקום מגוריך

חובה לחתום על טופס התביעה

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>מס' זהות / דרכון</p> <p>סוג המסמך</p> <p>דפים</p> </div> <div style="width: 15%;"> <p>פיצול</p> </div> <div style="width: 25%;"> <p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p> </div> </div>	<p>חותמת קבלה</p>
---	--------------------------



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי פעולות איבה

תביעה לקביעת דרגת נכות ולתשלום תגמול נכות לנפגע איבה

פרטי התובע
1

<p>שם משפחה</p> <p>שם פרטי</p>	<p>מין</p> <p><input type="checkbox"/> זכר</p> <p><input type="checkbox"/> נקבה</p>	<p>מספר זהות ס"ב</p>	
<p>תאריך לידה</p> <p>שנה חודש יום</p>		<p>מצב משפחתי</p> <p><input type="checkbox"/> רווק/ה</p> <p><input type="checkbox"/> אלמן/ה</p> <p><input type="checkbox"/> נשוי/אה</p> <p><input type="checkbox"/> גרושה</p> <p><input type="checkbox"/> פרוד/ה</p> <p><input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור</p>	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
מיקוד	יישוב		
טלפון קווי	טלפון נייד	<p><input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני:</p> <p>_____ @ _____</p>	
		<p><input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS</p>	
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
מיקוד	יישוב		
שם הנמען (אם אינו הרשום מעלה)			
קופת החולים בה אתה חבר			

פרטי הפגיעה
2

<p>האם נזקקת לאשפוז בקשר לפגיעה?</p> <p><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p>	<p>האם קבלת/מקבל תגמול טיפול רפואי לאחר הפגיעה?</p> <p><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p>	<p>תאריך הפגיעה</p> <p>שנה חודש יום</p>
<p>תקופת האשפוז</p>		<p>שם בית החולים</p>
<p>עד יום</p> <p>שנה חודש יום</p>	<p>מיום</p> <p>שנה חודש יום</p>	

3

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה ובגינן אתה תובע גמלה

מסמך או תיעוד רפואי הקשור למגבלה שציינת	המגבלות או הכאבים מהם אתה סובל

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?
 לא כן, פרט

פרט מחלות או מגבלות מהן סבלת טרם הפגיעה: _____
 הוועדה הרפואית תדון רק בפגימות שהוכרו ע"י הרשות המאשרת

4

שליטה בשפה העברית

- אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____
- לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית.
- לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית.

5

גמלאות ופיצויים מכוח חוקים אחרים

האם אתה מקבל או קיבלת תשלום או תגמול:

- ממשרד הביטחון לא כן, פרט: _____
- ממשרד האוצר לא כן, פרט: _____

האם קבלת פיצויים לפי פקודת הנזיקין בגין פגיעה זו?

- לא כן, ציין ממי ושם עורך הדין שלך: _____

6

פרטי חשבון הבנק של התובע

שמות בעלי החשבון

שמות בעלי החשבון			שם הבנק
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף/כתובתו	שם הבנק

אני השותף בחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב _____ להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל הגמלה.
 אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק או מיופי כוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים, שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים בחשבון ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ואחריה.
 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.
 אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל /או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך: _____ שם השותף: _____ מספר ת.ז. _____ חתימה x _____

קביעת זכאים לתשלום במקרה פטירה

בהתאם לחוק הנכים (תגמולים ושיקום), רשאי הנכה להורות כי התשלומים המגיעים לאחר פטירתו ישולמו ל"בן משפחה" שהורה עליו הנכה.
אם לא הורה הנכה למי ישולמו התשלומים – ישולמו אותם תשלומים לבן הזוג, ובאין בן זוג, לבן משפחה על פי הגדרתו בחוק הנכים (תגמולים ושיקום).

אני החתום מטה, מבקש כי תשלומים המגיעים לי לאחר פטירתי ישולמו לי:

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת. זהות	כתובת	קרבה משפחתית

חתימת הנכה _____

הצהרה

אני החתום מטה תובע תגמול טיפול רפואי לנפגעי פעולות איבה, 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.

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

תאריך _____ חתימת התובע / מקבל הגמלה ✕ _____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי פעולות איבה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: איבה

פרטים אישיים

<p>תאריך אירוע</p> <p>שנה חודש יום</p>	<p>תאריך תביעה</p> <p>שנה חודש יום</p>	<p>מספר זהות/דרכון</p>	<p>קוד גמלה</p> <p>13</p>
<p>שם פרטי</p>		<p>שם משפחה</p>	
<p>חבר בקופת חולים</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____ </p>			

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי 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 ✕ _____