



בקשה לתגמול טיפול רפואי ע"פ תקנות התגמולים לנפגעי פעולות איבה (פיצוי בעת טיפול רפואי), תש"ל 1970

יש לצרף לטופס זה

- ☞ תעודת מחלה / תעודת אי כושר לעבודה מרופא מטפל המעידה על קשר סיבתי בין תקופת המחלה לפגיעתך מאירוע האיבה. התעודה הרפואית צריכה לכלול את תקופת המנוחה המומלצת ואת הממצאים הרפואיים והתפקודיים הקובעים שאינך כשיר לעבודה, בשל קבלת טיפול רפואי או החלמה מטיפול הנובע מהפגיעה.
- ☞ תעודה המחלה צריכה להיות מרופא מטפל בשירותי הבריאות של המדינה, כגון רופא בקופ"ח, רופא בבית חולים. ניתן להגיש סיכום ביניים בתקופת אשפוז או תעודת שחרור מאשפוז עם המלצת מנוחה.
- ☞ אישורים על הכנסות:
- לנפגע שכיר: 3 תלושי שכר שקדמו לתקופת המחלה / תקופת האי כושר לעבודה. אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד, יש להגיש 3 תלושי שכר מכל אחד ממעסיקיך.
- לנפגע בעל הכנסות כעצמאי: שומה של שנה שקדמה לתקופת המחלה ושומה של השנה בה הינך תובע תגמול טיפול רפואי.

שים לב: באם מדובר בתקופת המשך (ברצף) לבקשה קודמת לתגמול טיפול רפואי אין צורך למלא בשנית את סעיף 5 ואין צורך להגיש שוב מסמכים על הכנסותיך טרם ההזדקקות לתגמול זה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ☞ לשאלות וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

אגרת מידע

מידע כללי:

- ✎ תגמול עבור טיפול רפואי (תט"ר) נועד לפצות נפגע איבה מעל גיל 14, שאיבד את כושר השתכרותו **בעת קבלת טיפולים רפואיים או החלמה מטיפולים רפואיים**, הנובעים מפגיעת האיבה, ובתנאי שלא משולם לו שכר או פיצוי אחר לאותה התקופה. בדרך כלל יהיה התט"ר קצר מועד לתקופה הסמוכה לפגיעה מפגיעת האיבה.
- ✎ תשלום תט"ר יבוצע על סמך תעודה רפואית. התעודה הרפואית צריכה לכלול את תקופת המנוחה המומלצת ואת הממצאים הרפואיים והתפקודיים הקובעים שהנפגע אינו כשיר לעבודה, בשל קבלת טיפול רפואי או החלמה מטיפול הנובע מהפגיעה.
- ✎ ניתן להגיש תעודה מרופא מטפל בשירותי הבריאות של המדינה, כגון רופא בקופ"ח, רופא בבית חולים.
- ✎ רופא הביטוח הלאומי יבחן אם תקופת האי כושר והאבחנה קשורות לפגיעה, ובמידה ותעמוד בכל כללי הזכאות ישולם לך התגמול.
- ✎ התגמול ישולם גם לאדם שלא עבד לפני תקופת האי כושר לעבוד / ההחלמה מטיפולים. לגבי אדם שעבד לפני פגיעתו, תגמול זה מהווה תחליף להכנסה מעבודה או מעסק.

חשוב לדעת:

אם אתה לא עובד בתקופת המחלה/החלמה והמשכת לקבל שכר ממעסיקך, נוכל לבדוק את האפשרות לשלם למעסיקך התגמול והוא ישולם לו בכפוף למילוי דרישה להחזר. המעסיק יכול לבקש גם החזר בעבור התשלומים שהפריש לטובתך להטבות סוציאליות בתקופת היעדרותך מהעבודה / תקופת האי כושר. טופס דרישה והצהרת המעסיק מצורף בעמוד 7.

- ✎ אם רופא תעסוקתי קבע כי נמנע ממך לעבוד בהיקף משרה מלאה למשך זמן ממושך בשל מצבך הרפואי ונכותך ואתה יכול לעבוד בהיקף משרה חלקית בלבד, ניתן לבחון זכאותך **לתגמול טיפול רפואי חלקי**. **לבחינת זכאותך יש להגיש בקשה באמצעות טופס בל/ 572.**

- ✎ על פי חוק, לא ישולם התגמול לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשת התביעה.

גובה התגמול:

- ✎ אם לא עבדת לפני תקופת המחלה / ההחלמה מטיפולים רפואיים, ישולם לך תגמול בסכום מינימלי הקבוע בחוק.
- ✎ אם עבדת לפני תקופת המחלה / ההחלמה מטיפולים רפואיים, התגמול יחושב וישולם על פי השכר החודשי שלך ובכל מקרה לא יפחת מהמינימום ולא יעלה על המקסימום הקבועים בחוק.
- ✎ אם אתה עצמאי, ישולם לך בשלב ראשון תגמול על פי המינימום הקבוע בחוק. בתום השנה, תוכל להציג שומות ממס הכנסה ואנו נבחן את שיעור הירידה בהכנסותיך בשנה של תקופת המחלה / האי כושר להשתכר, בהשוואה לשנה שקדמה לה. גובה התגמול לו תהיה זכאי יהיה מבוסס על הפרש בין ההכנסות על פי 2 השומות. בכל מקרה גובה התגמול לו תהיה זכאי לא יפחת מהמינימום הקבוע בחוק (ששולם לך בשלב ראשון) ולא יעלה על המקסימום ליום הקבוע בחוק.
- ✎ בעת תקופת אשפוז מעל 14 ימים, זכאותך לתגמול תופחת (במידה והינך רווק וללא ילדים).

תביעה לקביעת דרגת נכות

- אם בתום ההחלמה מפציעתך, אתה חש שעדיין נותרה לך פגיעה פיזית או רגשית שמגבילה אותך, באפשרותך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות (טופס בל/581) למחלקת איבה בסניף מגוריך.
- את הטופס ניתן למצוא באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי www.btl.gov.il ולהגישו בדואר או בתיבת השירות של הסניף.
- את התביעה יש להגיש בתוך 12 חודשים מיום ההכרה. על פי חוק, לא ישולם התגמול לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשת התביעה.
- נפגע בפעולת איבה שהגיש תביעה לתגמול נכות, יוזמן להופיע בפני ועדה רפואית שבסמכותה לקבוע את דרגת נכותו לתקופה זמנית או קבועה, לפי חומרת הפגיעה.



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי פעולות איבה
בקשה לתגמול טיפול רפואי

עמוד 3 מתוך 8

| | |
|---|-------------------|
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> מס' זהות / דרכון פיצול </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> סוג המסמך דפים </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> לשימוש פנימי בלבד (סריקה) </div> </div> | חותמת קבלה |
|---|-------------------|

1

פרטי הנפגע

| | | | |
|---|--|---|--|
| מספר זהות ס"ב <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה | שם פרטי | שם משפחה |
| מצב משפחתי <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/> אלמנה/ה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה | | תאריך לידה <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | |
| כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות | | | |
| מיקוד | יישוב | דירה | מס' בית |
| טלפון קווי | | טלפון נייד | |
| דואר אלקטרוני: _____@_____ | | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | |
| אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים: | | | |
| מס' זהות איש קשר ס"ב <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | שם פרטי איש קשר | שם משפחה איש קשר | <input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי ישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. |
| מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה) | | | |
| מיקוד | יישוב | דירה | מס' בית |
| רחוב / תא דואר | | רחוב / תא דואר | |

2

פרטי הנפגע ותקופות אשפוז:

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> עובד שכיר <input type="checkbox"/> עובד עצמאי <input type="checkbox"/> אינו עובד | תאריך הפגיעה: |
| תקופת האשפוז | |
| עד יום <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | מיום <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| שנה חודש יום <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | שנה חודש יום <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| שם הרופא המטפל | קופת חולים בה אתה חבר <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____ |

3

בקשה לתט"ר לתקופת המפורטות

| | |
|--|--------|
| עד תאריך | מתאריך |
| | |
| | |
| | |
| <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן | |
| האם קיבלת שכר בעד יום הפגיעה? | |
| <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, ציין ממי ושם עורך הדין שלך: | |
| האם קבלת פיצויים לפי פקודת הנזיקין בגין פגיעה זו? | |
| <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, ציין ממי ושם עורך הדין שלך: | |

4

הצהרת שכיר

אני מצהיר בזאת כי:

1. הנני מבקש תגמולים על ביטול ימי עבודה עקב הזדקקותי לטיפול רפואי לפי תעודת המחלה המצורפת.
2. בתקופת ביטול ימי עבודה שצוינו לעיל לא עבדתי. אני מתחייב להודיע במידה ואקדים חזרתי לעבודה.
3. בתקופת ביטול ימי עבודה שצוינו לעיל לא קיבלתי שכר או פיצוי אחר.
4. ידוע לי שאם קיבלתי שכר בתקופת העדרותי מהעבודה עקב הזדקקותי לטיפול רפואי, הזכאות תועבר למעסיקי בכפוף למילוי טופס דרישתו להחזר (רצ"ב טופס דרישה בעמוד 7)

תאריך: _____ חתימת המצהיר ✕ _____

5

פרטים על הכנסת הנפגע (נא לצרף תלושי שכר/אישורים מתאימים) – אין למלא סעיף זה אם מדובר בבקשת המשך (ברצף) לבקשה קודמת לתגמול טיפול.

עיסוק שכיר ב - 3 החודשים שקדמו ליום הפסקת העבודה

| מס' נקודות זיכוי למס הכנסה | שם המעסיק ומס' תיק ניכויים (מתלוש השכר) | שם המעסיק ומס' תיק ניכויים (מתלוש השכר) | שם המעסיק ומס' תיק ניכויים (מתלוש השכר) | תקופת העבודה | |
|----------------------------|---|---|---|--------------|------|
| | | | | עד יום | מיום |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מתנגד לכך עלייך לסמן את ההצהרה הבאה:

- אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

6

הצהרת עצמאי

אני מצהיר בזאת כי:

1. הנני מבקש תגמולים על ביטול ימי עבודה עקב הזדקקותי לטיפול רפואי לפי תעודת המחלה המצורפת.
2. בתקופת ביטול ימי עבודה שצוינו לעיל לא עבדתי בעסקי או בכל עיסוק אחר. אני מתחייב להודיע במידה ואקדים חזרתי לעבודה.
3. ידוע לי שגובה התגמול לו אהיה זכאי יקבע על פי שיעור הירידה בהכנסתי בשנה בה נזקקתי לתגמול טיפול רפואי בהשוואה להכנסתי בשנה שקדמה לה. שיעור הירידה בהכנסתי יקבע על ידי השוואת 2 שומות ובכל מקרה לא יפחת מהמינימום הקבוע בחוק. על מנת לקבוע את שיעור הירידה בהכנסתי יהיה עלי להציג בפני פקיד תביעות שומות מאת שלטונות המס של השנים הנבחנות.

תאריך: _____ חתימת המצהיר ✕ _____

7

גמלאות ופיצויים מכוח חוקים אחרים

מהגמלה אתה מבקש לקבל, ינוכו גמלאות מכח חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה (גמלת נכות) ולפי החוקים המפורטים. לצורך חישוב זכאותך אנו פרט האם אתה מקבל או קיבלת תשלום או תגמול:

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

א. משולמת לי גמלה לפי אחד או יותר מן החוקים הבאים:

- חוק שירות הקבע בצבא הגנה לישראל (גימלאות) תשי"ד - 1954 בסך _____ ש"ח לחודש
- חוק נכי המלחמה בנאצים תשי"ד - 1954 בסך _____ ש"ח לחודש
- חוק נכי רדיפות הנאצים תשי"ז - 1957 בסך _____ ש"ח לחודש
- חוק שירות המדינה (גימלאות) תשט"ו - 1955 בסך _____ ש"ח לחודש

ב. לא משולמת לי אף אחת מהגמלאות המוזכרות לעיל.

8

פרטי חשבון הבנק אליו יועברו התשלומים

שמות בעלי החשבון

| שם הבנק | שם הסניף/כתובתו | מס' סניף | מספר חשבון |
|---------|-----------------|----------|------------|
| | | | |

אני השותף בחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____

מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, עבור מקבל הגמלה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי כח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטיהם של השותפים בחשבון ומיופי הכח, 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 ו/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 _____

9

הצהרה

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 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. ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך לביטוח לאומי.

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

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

1

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------|-----------------|----------|--|--|--|--|-----|------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|
| תאריך אירוע | תאריך תביעה | מספר זהות/דרכון | קוד גמלה | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | שנה | חודש | יום | | | | <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | שנה | חודש | יום | | | | <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | 13 |
| שנה | חודש | יום | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| שנה | חודש | יום | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| שם פרטי | | שם משפחה | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| חבר בקופת חולים <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

הצהרה

2

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 אודותי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____

דרישת והצהרת מעסיק

לכבוד:
פקיד תביעות
מחלקת נפגעי פעולות איבה
סניף _____

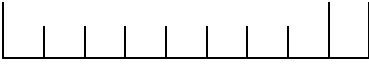
| | | | | | |
|--|--|----------------|-----------------|-----------|--|
| 1 פרטי העסק | | | | | |
| שם המעסיק | | | מס' תיק ניכויים | | |
| פרטי חשבון בנק (יש לצרף אסמכתא מהבנק לאימות פרטי חשבון הבנק) | | | | | |
| שם הבנק | | שם הסניף/כתובת | | מס' חשבון | |
| כתובת | | | | | |
| רחוב/תא דואר | | מס' בית | | כניסה | |
| | | דירה | | ישוב | |
| | | מיקוד | | | |

| | | | | |
|---|--|--------------|--|--|
| 2 פרטי הנפגע | | | | |
| שם משפחה | | שם פרטי | | מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> |
| טלפון של איש קשר | | תאריך הפגיעה | | מספר זהות ס"ב |
| אנו מאשרים שהעובד נעדר מעבודתו ושולם לו שכר בתקופות המפורטות מטה: | | | | |
| מתאריך | | עד תאריך | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | |
|---|--|
| 3 הצהרה | |
| אנו מאשרים כי העובד נעדר מעבודתו בשל אי כושר לעבודה כתוצאה מפגיעת האיבה בתאריכים שפורטו לעיל. שכר עבודה עבור ימים אלו שולם על ידינו. | |
| ידוע לנו כי החזר השכר יעשה על פי ממוצע השכר הרגיל של הנפגע 3 חודשים טרם הזדקקותו לתגמול. | |
| במידה ושולם שכר על חשבון ימי מחלה / חופשה העובד יזוכה עם קבלת הדרישה להחזר מביטוח לאומי. | |
| אנו מבקשים החזר בעבור סכומים ששולמו על ידינו לטובת הנפגע עבור הטבות סוציאליות בתקופת האי כושר לעבודה. הננו מצהירים שנתוני השכר ונתוני ההעברות בגין התנאים הסוציאליים שמפורטים מטה הינם על פי תלושי השכר של העובד בתקופות העדרותו מהעבודה. (מצ"ב תלושי השכר לתקופות הללו). | |
| את סכום הדרישה יש להעביר לפקודת _____ לפי פרטי החשבון הרשומים לעיל. | |
| תאריך: _____ שם מלא ותפקיד בחברה: _____ חתימה וחותמת * _____ | |

פרוט השכר והתשלומים ששולמו בגין תנאים סוציאליים לכל חודש (חוד מלא)

פרטי הנפגע

| | | | | | | | | | |
|----------|-----------|---------|-------|--|------------|--------------------------------|-----|---|--|
| שם משפחה | | שם פרטי | | מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה | | תאריך הפגיעה ____/____/____ | | מספר זהות ס"ב  | |
| חודש | שכר ברוטו | סכום | בטל"א | ק. פנסיה | ק. פיצויים | ק. השתל"א | אחר | | |
| | | ב - שח | | | | | | | |
| | | ב- % | 5.93% | 6.67% | 8.33% | 7.5% | | | |
| | | ב - שח | | | | | | | |
| | | ב- % | | | | | | | |
| | | ב - שח | | | | | | | |
| | | ב- % | | | | | | | |
| | | ב - שח | | | | | | | |
| | | ב- % | | | | | | | |