



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.

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 או 04-8812345.

לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

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

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

תביעה לקביעת דרגת נכות
ולתשלום תגמול נכות
לנפגע איבה

עמוד 1 מתוך 3

מ'ס' זהות / דרכון פיצול סוג המסמך דפים	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
--	------------------------------------	-------------------

פרטי התובע

1

מספר זהות ס"ב	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	שם פרטי	שם משפחה
<input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור	<input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> גרושה/ה	<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה	תאריך לידה שנה חודש יום
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)			
מיקוד	יישוב	דירה	מס' בית
דואר אלקטרוני	טלפון נייד	טלפון קווי	
	0	0	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)			
מיקוד	יישוב	דירה	מס' בית
שם הנמען (אם אינו הרשום מעלה)			
קופת החולים בה אתה חבר			

פרטי הפגיעה

2

האם נזקקת לאשפוז בקשר לפגיעה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם קבלת/מקבלת תגמול טיפול רפואי לאחר הפגיעה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	תאריך הפגיעה שנה חודש יום
תקופת האשפוז		שם בית החולים
עד יום	מיום	
שנה חודש יום	שנה חודש יום	
מהן ההגבלות או הכאבים שיש לך היום בגין פגיעת האיבה? _____ _____ _____		
האם אתה מסוגל להופיע בפני ועדה רפואית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, הסיבה: _____	האם חזרת לעבודה (אם הנך תלמיד - האם חזרת ללימודים)? <input type="checkbox"/> כן, חזרתי לעבודה/לימודים בתאריך: _____ <input type="checkbox"/> לא	
פרט מחלות או מגבלות מהן סבלת טרם הפגיעה: _____ _____		

גמלאות ופיצויים מכוח חוקים אחרים

3

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: _____

פרטי חשבון הבנק של התובע

4

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מספר הסניף	מספר חשבון

אני השותף לחשבון 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 ו/או מיופי כוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין אחריה. 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 פרטי מושכי התשלומים.

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

הצהרה

5

אני החתום מטה תובע תגמול טיפול רפואי לנפגעי פעולות איבה, ומצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עבירה 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 * _____

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד

_____ סניף _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____
הגר ב _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה **x** _____

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד

_____ סניף _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____
הגר ב _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה **x** _____

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד

_____ סניף _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____
הגר ב _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה **x** _____

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד

_____ סניף _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____
הגר ב _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה **x** _____