



תביעה עפ"י חוק פיצוי לנפגעי פוליו, התשס"ז - 2007

לידיעתך

על פי החוק זכאי לפיצוי נפגע פוליו שהוא:

- תושב ישראל היום וכל עוד הוא תושב ישראל.
- חלה בשטח ארץ ישראל לפי הסכמי שביתת הנשק הכללית משנת 1949 (בהתאם לפסק דין בג"ץ 0771/07).
- הפיצוי יינתן למי שנקבעו לו בגלל מחלת הפוליו אחוזי נכות רפואית או אחוזי מוגבלות בניידות.
- הפיצוי כולל:
 1. פיצוי חד פעמי לפי אחוזי הנכות הרפואית.
 2. מענק או קצבה לפי אחוזי הנכות הרפואית.
- לצורך הטיפול בתביעה, ייבחנו הנתונים המצויים במוסד. אם יש ברשותך מסמכים מעודכנים (שלא הועברו למוסד לביטוח לאומי), יש לצרפם לטופס.
- במידת הצורך נזמינך לוועדה רפואית, וזאת לפי החלטת רופא מוסמך.
- **לתשומת לבך:** אם לא נבדקת בעבר לעניין תביעה לקצבת נכות, קצבת שירותים מיוחדים או קצבת ניידות - יש לצרף מסמכים רפואיים כדי שאפשר יהיה לקבוע לך אחוזי נכות.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- **אם אתה מיוצג ע"י עורך דין,** יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לצרף טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- **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 וביירוטים 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

3

פרטים על קופת החולים שאתה מטופל בה ועל רופא המשפחה

שם קופת החולים	שם המרפאה וכתובתה
שם רופא המשפחה שלך	כתובת המרפאה

4

רופאים נוספים המטפלים בך או טיפלו בך בעבר

רשום את שמות הרופאים הנוספים המטפלים בך וכתובתם. אם הטיפול הוא במרפאה מקצועית או המחלקה של קופ"ח או של בית חולים – רשום את שם המרפאה או המחלקה וכתובתה. אם ידועים לך מספרי הטלפון רשום גם אותם.

1. _____
2. _____

5

תביעות נוספות בגין מחלת הפוליו

האם הגשת תביעה לפי פקודת הנזיקין? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם הגשת תביעה לפי חוק ביטוח נפגעי חיסון התש"ן - 1989? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

6

העברת תשלומים

התשלומים יועברו לחשבון הבנק בו משולמת קצבת הנכות או קצבת שירותים מיוחדים או קצבת הניידות כן לא

תשלומים שיגיעו לי אבקש להעביר לזכות חשבון הבנק כמפורט להלן:

חשבון הבנק חייב להיות על שם התובע, אפשרי שותף/ים לחשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר החשבון

החשבון מתנהל על שמות: התובע אחר, פרט: שם _____

יחס קרבה לתובע _____ (בן / בת זוג, בן / בת, הורה, סב, אח/ות)

שותף לחשבון הבנק, יחתום על התחייבות בסעיף 9.

7

שם משפחה של מגיש התביעה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
טלפון קווי		טלפון נייד		מספר פקס	
מיקוד					

פרטים על מייצג, אפוטרופוס או פסק דין

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים, נא לציין איזה ולצרף עותק.

ייפוי כוח צו אפוטרופסות פסק דין

אם אין ברשותך האמור לעיל, אנא מלא – אני מבקש להתמנות כמקבל גמלה.

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

8

הסכמה לקביעה בידי רופא ללא נוכחות

אם אתה מעוניין כי אחוזי הנכות הרפואית או אחוזי המוגבלות, ייקבעו ללא נוכחותך ועל סמך מסמכים בלבד, אתה מתבקש לאשר זאת בחתימתך.

אני מסכים בזה שהרופא יקבע את אחוזי הנכות הרפואית שלי לפי מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי, שלמרות הסכמתי זו יהיה עליי להתייב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

תאריך _____ חתימה * _____

9

הצהרת תובע או מגיש תביעה או שותף לחשבון הבנק – (למעט חבר קיבוץ או 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 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 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 מתאימים לפרטים שמסרתי בע"פ לעובד המוסד.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי בשותפים לחשבון או מיופי הכוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון החשבון.

אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטיהם של השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, במהלך תקופת הזכאות לגמלה ואחריה.

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

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצירופותיו עלי למסור מידע שימש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת www.btl.gov.il < יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות.

אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצדדי ג', בהתאם לדין.

תאריך _____ חתימת התובע / או מגיש התביעה * _____
(החתיבות שותף בחשבון הבנק): שם: _____ מספר זהות: _____

תאריך: _____ חתימה * _____
התביעה לא תטופל בלי חתימתך

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נכות



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: פוליו

פרטים אישיים

	תאריך תביעה שנה חודש יום	מספר זהות/דרכון 	קוד גמלה 41
	שם פרטי		שם משפחה

חבר בקופת חולים

כללית
 מאוחדת
 מכבי
 לאומית
 אחר _____

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, למצבי הרפואי, לטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שידרשו או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי על אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח * _____