



הודעה על פגיעה בפעולות איבה ותביעה לתגמול טיפול רפואי בלאג عن الإصابة جراء الأعمال العدائية وطلب لتمويل العلاج الطبي

חובה לצרף לטופס זה יגב אן תרפף לזהא הנמודג

- ✎ מסמכים רפואיים המעידים על הנזק הרפואי שנגרם לך כתוצאה מאירוע האיבה.
- ✎ מסתנות טבית תשד על הזרר הטבי הזי חסל נתיתג החדת העדאית.
- ✎ במקרים בהם מדובר בפגיעת חרדה, יש לצרף סיכום טיפול נפשי או מסמכים מהגורמים המקצועיים המטפלים בך עקב פגיעתך.
- ✎ פי החדות התי תחדת إصابات الخوف, یجب إرفاق إجمال العلاج النفسي أو مستندات من العناصر المهنية التي تعالجك على أثر إصابتك.
- ✎ אם הינך עובד שכיר עליך לצרף 3 תלושי שכר אחרונים, אשר קדמו לפגיעה.
- ✎ إذا كنت عاملاً أجيراً عليك أن ترفق 3 إستمارة أجر أخيرة التي سبقت الإصابة.
- ✎ באירוע שאינו רב נפגעים, יש לצרף אישור משטרה – "אישור הודעה על גרימת נזק/פגיעה כתוצאה מפעולת מלחמה/איבה נגד ישראל".
- ✎ פי חדת למ יכן בה إصابات كثيرة, عليك إرفاق تصديق من الشرطة – "تصديق بلاغ في تسبب الضرر/إصابة نتيجة لحرب/عدوان ضد إسرائيل".

לידיעתך למעوماتך

- ✎ טיפול רפואי יש לקבל רק בשירות רפואי מוסמך, כגון קופות חולים ובתי חולים. המוסד אינו מממן טיפול רפואי פרטי.
- ✎ העלג הטבי فقط פי החדות الصحية المخولة, مثل صندوق المرضى والمستشفيات. المؤسسة لا تمويل العلاج الطبي الخاص.
- ✎ אם נפגעת תוך כדי עבודתך, הינך רשאי להגיש תביעה לפגיעה בעבודה.
- ✎ إذا أصبت خلال عملك, لك الحق أن تقدم طلب إصابة في العمل.
- ✎ על פי חוק, לא ישולם התגמול לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשת התביעה.
- ✎ حسب القانون, لا تدفع التعويضات لفترة أكثر من 12 شهراً مقدماً (بأثر رجعي) من يوم تقديم الطلب.

כיצד יש להגיש את התביעה

עמוד 1 מתוך 4

את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.

نموذج الطلب يرسل أو يحضر إلى فرع مؤسسة التأمين الوطني القريب لمحل سكنك. للأسئلة والاستفسارات عليك التوجه لهاتف *6050 أو 04-88112345

לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.
لتفاصيل إضافية يمكن الاستعانة بموقع الإنترنت التابع لمؤسسة التأمين الوطني www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה יגב התوقيع على نموذج الطلب

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

هذا النموذج مكتوب بصيغة المذكر لكنه موجه للناث والذكور على حد سواء




המוסד לביטוח לאומי
مؤسسة التأمين الوطني
 מינהל הגמלאות
 ادارة המخصصות
 אגף נפגעי פעולות איבה
 قسم مصابي الاعمال العدائية

לשימוש פנימי בלבד (סריקה) للاستعمال الداخلي فقط		חותמת קבלה توقيع الاستلام
מס' זהות / דרכון / מס' זהות / מספר رقم الهوية / جواز السفر	תפריק	
סוג המסמך דפים أوراق המסמך نوع المستند		

שם פרטי / اسم الشخصي שם משפחה / اسم العائلة		מספר זהות / رقم الهوية מספר 0	מין / الجنس זכר / ذكر <input type="checkbox"/> נקבה / أنثى <input type="checkbox"/>
מצב משפחתי / الوضع العائلي רווק / أعزب/عزباء <input type="checkbox"/> נשוי / متزوج/ة <input type="checkbox"/> אלמן / أرمل/ة <input type="checkbox"/> גרושה / مطلقة/ة <input type="checkbox"/> פרוד / مفصلا/ة <input type="checkbox"/> ידועה / בזוג / معروفة/ة لدى الجمهور <input type="checkbox"/>		תאריך לידה / تاريخ الولادة שנה / السنة חודש / الشهر יום / اليوم	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) / العنوان (المسجل في وزارة الداخلية)			
רחוב / תא דואר / شارع / صندوق بريد מס' בית / رقم הכניסה / المدخل דירה / الشقة יישוב / البلد מיקוד / الرمز البريدي			
טלפון / קווי / هاتف أرضي 0	טלפון נייד / هاتف نقال 0		דואר אלקטרוני / بريد إلكتروني
אני מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> أنا أصادق على استلام بلاغات SMS			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה) / عنوان المراسلة (إذا تغير عن العنوان اعلاه)			
רחוב / תא דואר / شارع / صندوق بريد מס' בית / رقم הכניסה / المدخل דירה / الشقة יישוב / البلد מיקוד / الرمز البريدي			



פרטי הפגיעה / تفاصيل الإصابة			
עיסוק בשעת הפגיעה نوعية العمل أثناء الإصابة	המקום (כתובת) בו ארעה הפגיעה حدثت فيه الإصابة (العنوان) الذي	שעת הפגיעה ساعة الإصابة	תאריך הפגיעה / تاريخ الإصابة
			שנה / السنة חודש / الشهر יום / اليوم
תאר בפירוט כיצד נגרמה הפגיעה (אם המקום אינו מספיק נא לצרף גיליון נוסף) / صف بالتفصيل كيف حدثت الإصابة (إذا لم تتسع هذه السطور أرفق نشرة إضافية)			

עמוד 3 מתוך 4

<p>שעת הפסקת העבודה עקב הפגיעה שעה וקפ העמל אטר الإصابة</p>	<p>תאריך הפסקת העבודה עקב הפגיעה תאריך וקפ العمل إتر الإصابة</p>	<p>האיבר שנפגע העضو المصاب</p>	<p>מהות הפגיעה מהיئة الإصابة (נא לציין: שבר, פציעה, מכה וכו') (أذكر من فضلك: كسر, جرح, ضربة وما إلى ذلك)</p>
	 <p>שנה السنة</p> <p>חודש الشهر</p> <p>יום اليوم</p>		
<p>האם נמסרה הודעה למשטרה? هل قدم بلاغ للشرطة?</p> <p><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש לצרף אישור ולציין תחנת משטרה ומספר התיק</p> <p>نعم, يجب إرفاق تصديق وذكر محطة الشرطة ورقم الملف</p>			

3

פרטי הטיפול הרפואי تفاصيل العلاج الطبي

	<p>שם הרופא והשירות הרפואי שטיפלו בפגיעה إسم الطبيب والخدمات الطبية التي عالجت الإصابة:</p>	<p>עזרה רפואית ראשונה הוגשה ע"י مساعدة طبية اولی قدمت من قبل:</p>
<p>עד יום حتى يوم</p>	<p>תקופת האשפוז فترة المكوث في المستشفى میزום من يوم</p>	<p>שם בית החולים והמחלקה (אם אושפזת) إسم المستشفى والقسم (إذا مكثت المستشفى)</p>
 <p>שנה السنة חודש الشهر יום اليوم</p>	 <p>שנה السنة חודש الشهر יום اليوم</p>	<p>פרט מחלות או מגבלות מהן סבלת טרם הפגיעה: فصل الأمراض أو الإعاقات التي تعاني منها قبل الإصابة:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	<p>האם חזרת לעבודה אחרי הפגיעה? هل رجعت للعمل بعد الإصابة?</p> <p><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש לציין תאריך: _____</p>	<p>האם היית בשירות צבאי בעת הפגיעה? هل كنت في الخدمة العسكرية وقت الإصابة?</p> <p><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> נעם</p>

עמוד 4 מתוך 4

<input type="checkbox"/> חלקית جزئية <input type="checkbox"/> מלאה كاملة نعم, أذكر التاريخ:	
שם הרופא המטפל <input type="checkbox"/> שם الطبيب المعالج	קופת חולים בה אתה חבר صندوق المرضى الذي لديك عضوية فيه

עדים לפגיעה שטווד ללإصابة

4

שמות האנשים שנכחו בשעת הפגיעה: أسماء الأشخاص الذين كانوا وقت الإصابة:

שם משפחה <input type="checkbox"/> اسم العائلة	שם פרטי <input type="checkbox"/> الإسم الشخصي	כתובת מלאה <input type="checkbox"/> العنوان الكامل

5

גמלאות ופיצויים מכוח חוקים אחרים تقاعد وتعويضات حسب قوانين أخرى

האם אתה מקבל או קיבלת תשלום או תגמול: هل تتقاضى أو تقاضيت أجرا أو مخصصات:

ממשרד הביטחון من وزارة الدفاع לא כן, פרט: نعم, فصل: _____

ממשרד האוצר من وزارة المالية לא כן, פרט: نعم, فصل: _____

האם קבלת פיצויים לפי פקודת הנזיקין בגין פגיעה זו: هل تقاضيت تعويضات حسب أمر التضرر جراء هذه الإصابة:

לא כן, ציין ממי ושם עורך הדין שלך: نعم, أذكر ممن وإسم محاميك: _____

א. משולמת לי גמלה לפי אחד או יותר מן החוקים הבאים: أ. تدفع لي مخصصات حسب واحد أو أكثر من القوانين التالية:

חוק שירות הקבע בצבא הגנה לישראל (גימלאות) תשי"ד - 1954 בסך _____ ש"ח לחודש

قانون الخدمة الدائمة في جيش الدفاع الإسرائيلي (تقاعد) - 1954 مبلغ _____ ش.ج شهريا

חוק נכי המלחמה בנאצים תשי"ד - 1954 בסך _____ ש"ח לחודש

قانون معوقى الحرب ضد النازيين - 1954 مبلغ _____ ش.ج شهريا

חוק נכי רדיפות הנאצים תשי"ז - 1957 בסך _____ ש"ח לחודש

قانون ملاحقة النازيين - 1957 مبلغ _____ ش.ج شهريا

חוק שירות המדינה (גימלאות) תשט"ו - 1955 בסך _____ ש"ח לחודש

قانون خدمات الدولة (تقاعد) - 1955 مبلغ _____ ش.ج شهريا

ב. לא משולמת לי אף אחת מהגמלאות המוזכרות לעיל. ב. لا أتقاضى أيا من المخصصات المذكورة أعلاه.

פרטים על הכנסת הנפגע (נא לצרף תלושי שכר/אישורים מתאימים) **תفاصيل عن مدخولات المصاب** (رجاء أرفق قسائم للأجر/تصديقات

עובד שכיר عامل أجيير עובד עצמאי عامل مستقل אינו עובד לא יעמל

עיסוק התובע ב - 3 החודשים שקדמו ליום הפסקת העבודה عمل المدعى في 3 أشهر التي سبقت يوم وقف العمل

ליקורת ע"י המוסד לרבייה מן קיבל المؤسسة	שכיר - שם המפעל או המעביד וכתובתו أجيير - إسم المصنع أو المستخدم وعنوانه עצמאי - שם העסק וכתובתו מستقل - إسم العمل وعنوانه	השכר שקיבל בש"ח (נטו - לאחר ניכוי מס הכנסה) الأجرة التي تقاضاها في ش.ج (صاف - بعد خصم ضريبة الدخل)	מספר ימי עבודה عدد أيام العمل	תקופת העבודה פתרה العمل	
				עד יום حتى	מיום من يوم

האם קיבלת או הנך מקבל שכר או פיצוי בעת אי-כושך לעבודה? לא כן (צרף תלושים לתקופת האי-כושך)
هل تقاضيت أو تتقاضى أجرا أو تعويضا في فترة عدم قدرتك على العمل? لا نعم (أرفق قسائم عمل لفترة عدم القدرة)

האם קיבלת שכר בעד יום הפגיעה? לא כן
هل تقاضيت أجرا مقابل يوم الإصابة? لا نعم

פרטי חשבון הבנק אליו יועברו התשלומים **تفاصيل حساب البنك الذي سنتقل إليه الدفعات**

שמות בעלי החשבון أسماء أصحاب الحساب

שם הבנק إسم البنك	שם הסניף/כתובתו إسم الفرع/عنوانه	מס' סניף رقم الفرع	מספר חשבון رقم الحساب

אני השותף לחשבון 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 לחשבון הבנק ו/או מיופי כח בחשבון, ולדאוג להחתימת על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכח, 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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

أنا شريك في حساب البنك لرقم الهوية _____ الإسم _____
أتعهد أن أستعمل نقود مخصصات التي تودع في الحساب, لصالح مستلم المخصصات .
أتعهد أن أبلغ مؤسسة التأمين الوطني عن كل تغيير لهوية الشركاء في حساب البنك و/أو وكلائهم في الحساب, وأن أهتم بأن يوقعوا على نموذج حساب محدث. أوافق بأن البنك يعطي من فترة لأخرى لمؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها تفاصيل الشركاء في الحساب ووكلائهم, في فترة الإستحقاق أو بعدها.
أوافق بأن البنك المذكور أعلاه يرجع لمؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها مبالغ من حسابي , اذا أودعت المؤسسة في الحساب مبلغا كله أو جزء منه دفع خطأ أو خلافا للقانون , وأيضا أن يعطي البنك للمؤسسة تفاصيل الأشخاص الذين يسحبون الأموال.

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

التاريخ: _____ اسم الشريك: _____ رقم بطاقة الهوية. _____ التوقيع ✕ _____

ייתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי התנזל عن السريه الطبيه لمؤسسه التامين الوطنى

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 ✕ _____
חזרה

_____ الفرع _____ التاريخ _____

אני _____ الموقع أدناه, هوية رقم: _____ عضو في صندوق المرضى _____
الساکن في _____

أطلب بهذا تسليم لمؤسسة التامين الوطني أو لوكيله, كل المعلومات حول مرضي, حالتي الصحية, العلاج الذي قدم لي, نتائجه و/أو كل المعلومات الأخرى التي تتطلب من قبلهم و/أو كل مستند طبي حولها.

اسم الطبيب المعالج _____ التوقيع ✕ _____

ייתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי התנזל عن السريه الطبيه لمؤسسه التامين الوطنى

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 ✕ _____
חזרה

_____ الفرع _____ التاريخ _____

אני _____ الموقع أدناه, هوية رقم: _____ عضو في صندوق المرضى _____
الساکن في _____

أطلب بهذا تسليم لمؤسسة التامين الوطني أو لوكيله, كل المعلومات حول مرضي, حالتي الصحية, العلاج الذي قدم لي, نتائجه و/أو كل المعلومات الأخرى التي تتطلب من قبلهم و/أو كل مستند طبي حولها.

اسم الطبيب المعالج _____ التوقيع ✕ _____

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי התנזל ען הסריה הפייה למוססה התמינ הוطني

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 ✕ _____
 חזרה

_____ الفرع _____ التاريخ _____

אני _____ الموقع أدناه, هوية رقم: _____ عضو في صندوق المرضى _____
 الساكن في _____

أطلب بهذا تسليم مؤسسة التأمين الوطني أو لوكيله, كل المعلومات حول مرضي, حالتي الصحية, العلاج الذي قدم لي, نتائجه و/أو كل المعلومات الأخرى التي تتطلب من قبلهم و/أو كل مستند طبي حولها.

اسم الطبيب المعالج _____ التوقيع ✕ _____