



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



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי פעולות איבה

תביעה לקביעת דרגת נכות
ולתשלום תגמול נכות
לנפגע איבה

עמוד 1 מתוך 3

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

1 פרטי התובע

1

שם משפחה		שם פרטי		מין ☐ זכר ☐ נקבה		מספר זהות ס"ב	
תאריך לידה		מצב משפחתי		פרוד/ה ☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה ☐ גרוש/ה ☐ נשוי/אה ☐		ידוע/ה בציבור ☐	
שנה		חודש		יום			
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)							
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני		אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני ☐	
אני מאשר קבלת הודעות SMS ☐		אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני ☐					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)							
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה	
שם הנמען (אם אינו הרשום מעלה)							
קופת החולים בה אתה חבר							

2 פרטי הפגיעה

2

האם קבלת/מקבל תגמול טיפול רפואי לאחר הפגיעה?		האם נזקקת לאשפוז בקשר לפגיעה?		תאריך הפגיעה	
☐ כן ☐ לא		☐ כן ☐ לא		שנה	
שם בית החולים		תקופת האשפוז		חודש	
		מיום		עד יום	
שנה		חודש		יום	

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה ובגין אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים מהם אתה סובל	מסמך או תיעוד רפואי הקשור למגבלה שציינת
1	
2	
3	
4	
5	

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?

☐ לא ☐ כן, פרט _____

פרט מחלות או מגבלות מהן סבלת טרם הפגיעה: _____

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית.

☐ לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית.

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 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 להחתימים 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.

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

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

5

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

קוד גמלה 13	מספר זהות/דרכון _____	תאריך תביעה שנה _____ חודש _____ יום _____	תאריך אירוע שנה _____ חודש _____ יום _____
שם משפחה _____		שם פרטי _____	
חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____			

הצהרה

אני הח"מ, שפרט"י 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