



## הודעה על פגיעה בפעולות איבה ותביעה לתגמול טיפול רפואי

### חובה לצרף לטופס זה

- ✍ מסמכים רפואיים המעידים על הנזק הרפואי שנגרם לך כתוצאה מאירוע האיבה.
- ✍ במקרים בהם מדובר בפגיעת חרדה, יש לצרף סיכום טיפול נפשי או מסמכים מהגורמים המקצועיים המטפלים בך עקב פגיעתך.
- ✍ שכיר/ה – 3 תלושי שכר אחרונים, אשר קדמו לפגיעה.
- ✍ באירוע שאינו רב נפגעים, יש לצרף אישור משטרה – "אישור הודעה על גרימת נזק/פגיעה כתוצאה מפעולת מלחמה/איבה נגד ישראל".

### לידיעתך

- ✍ טיפול רפואי יש לקבל רק בשירות רפואי מוסמך, כגון קופות חולים ובתי חולים. המוסד אינו מממן טיפול רפואי פרטי.
- ✍ אם נפגעת תוך כדי עבודתך, הינך רשאית להגיש תביעה לפגיעה בעבודה.
- ✍ על פי חוק, לא ישולם התגמול לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (אחורה) 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 12226050.
- ✍ לפרטים נוספים ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

הודעה על פגיעה  
בפעולות איבה ותביעה  
לתגמול טיפול רפואי

עמוד 1 מתוך 4

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

**1 פרטי הנפגע/ת**

1

שם משפחה	שם פרטי	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה	מצב משפחתי רווקה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/>	כתובת רחוב מס' בית כניסה דירה יישוב מיקוד	
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	אני מאשר/ת קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/>
שם הנמען/ת, אם אינו/ה הרשום/ה למעלה:			

**2 פרטי הפגיעה**

2

תאריך הפגיעה	שעת הפגיעה	המקום (כתובת) בו ארעה הפגיעה	עיסוק בשעת הפגיעה
תאריך הפגיעה שנה חודש יום			
תאריך/ בפירוט כיצד נגרמה הפגיעה (אם המקום אינו מספיק נא לצרף גיליון נוסף) _____ _____ _____			
מהות הפגיעה (נא לציין: שבר, פציעה, מכה וכו')	האיבר שנפגע	תאריך הפסקת העבודה עקב הפגיעה	שעת הפסקת העבודה עקב הפגיעה
		שנה חודש יום	
האם נמסרה הודעה למשטרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש לצרף אישור ולציין תחנת משטרה ומספר התיק			

פרטי הטיפול הרפואי		3
שם הרופא והשירות הרפואי שטיפלו בפגיעה		עזרה רפואית ראשונה הוגשה ע"י
תקופת האשפוז		שם בית החולים והמחלקה (אם אושפזת)
עד יום	מיום	
פרטי מחלות או מגבלות מהן סבלת טרם הפגיעה:		
<p>האם היית בשירות צבאי בעת הפגיעה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>האם חזרת לעבודה אחרי הפגיעה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש לציין תאריך: _____</p> <p><input type="checkbox"/> חלקית <input type="checkbox"/> מלאה</p>		
שם הרופא המטפל		קופת חולים בה אתה חברה/ה

עדים לפגיעה			4
שמות האנשים שנכחו בשעת הפגיעה:			
שם משפחה	שם פרטי	כתובת מלאה	

גמלאות ופיצויים מכוח חוקים אחרים		5
האם אתה מקבל/ת או קיבלת תשלום או תגמול:		
ממשרד הביטחון	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____	
ממשרד האוצר	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____	
האם קבלת פיצויים לפי פקודת הנזיקין בגין פגיעה זו:		
	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, ציין/י ממי ושם עורך הדין שלך: _____	
א. <input type="checkbox"/> משולמת לי גמלה לפי אחד או יותר מן החוקים הבאים:		
<input type="checkbox"/> חוק שירות הקבע בצבא הגנה לישראל (גימלאות) תשי"ד - 1954	בסך ש"ח לחודש _____	
<input type="checkbox"/> חוק נכי המלחמה בנאצים תשי"ד - 1954	בסך ש"ח לחודש _____	
<input type="checkbox"/> חוק נכי רדיפות הנאצים תשי"ז - 1957	בסך ש"ח לחודש _____	
<input type="checkbox"/> חוק שירות המדינה (גימלאות) תשט"ו - 1955	בסך ש"ח לחודש _____	
ב. <input type="checkbox"/> לא משולמת לי אף אחת מהגמלאות המוזכרות לעיל.		

**6**

**פרטים על הכנסת הנפגעת** (נא לצרף תלושי שכר/אישורים מתאימים)

עובד/ת שכיר/ה   
  עובד/ת עצמאית   
  אינו/ה עובד/ת

**עיסוק התובע/ת ב - 3 החודשים שקדמו ליום הפסקת העבודה**

ליקורת ע"י המוסד	שכיר/ה - שם המפעל או המעביד וכתובתו עצמאית - שם העסק וכתובתו	השכר שקיבל/ה בש"ח (נטו - לאחר ניכוי מס הכנסה)	מספר ימי עבודה	תקופת העבודה	
				עד יום	מיום

האם קיבלת או הנך מקבלת/ת שכר או פיצוי בעת אי-כושרך לעבודה?   
  כן (צרף/י תלושים לתקופת האי-כושר)   
  לא

האם קיבלת שכר בעד יום הפגיעה?   
  כן   
  לא

**7**

**פרטי חשבון הבנק אליו יועברו התשלומים**

מס' בנק	שמות בעלי החשבון		
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מספר הסניף	מספר חשבון

אני השותפ/ה לחשבון הבנק של ת.ז. \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב/ת להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, עבור מקבל הגמלה. אני מתחייב/ת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכימ/ה שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין אחריה. אני מסכימ/ה שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם השותף: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_

**8**

**הצהרה**

אני החתומ/ה מטה תובע/ת תגמול טיפול רפואי לנפגעי פעולות איבה, ומצהיר/ה 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 זכותי לגמלה או על יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב/ת להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.

כמו כן אני מתחייב/ת להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע/ת / מקבלת הגמלה \* \_\_\_\_\_

**ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_ הגר/ה ב \_\_\_\_\_

מבקש/ת 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/ה ב \_\_\_\_\_

מבקש/ת 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/ה ב \_\_\_\_\_

מבקש/ת 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/ה ב \_\_\_\_\_

מבקש/ת 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** \_\_\_\_\_