

מס' זהות									
סוג		דפים		המסמך					



תביעה לפיצוי ע"פ חוק פיצוי לנפגעי פוליו, התשס"ז - 2007

על פי החוק זכאי לפיצוי נפגע פוליו שהוא :

- תושב ישראל היום וכל עוד הוא תושב ישראל
 - חלה בישראל מאז הקמת המדינה (החל מ- 14.5.48)
- הפיצוי ינתן למי שנקבעו לו בגלל מחלת הפוליו אחוזי נכות רפואית / או אחוזי מוגבלות בניידות.

הפיצוי כולל :

1. פיצוי חד פעמי בהתאם לאחוזי הנכות הרפואית.
2. מענק או קצבה בהתאם לאחוזי הנכות הרפואית.

תחילתו של חוק זה היא מה - 1.1.07.

לצורך הטיפול בתביעה, יבחנו הנתונים המצויים במוסד. אם יש ברשותך מסמכים עדכניים (שלא הועברו לביטוח הלאומי) אנא צרף לטופס.

במידת הצורך נזמינך לועדה רפואית וזאת בהתאם להחלטת רופא מוסמך.

אם לא נבדקת בעבר לעניין תביעה לקצבת נכות, קצבת שירותים מיוחדים ו/או ניידות אנא צרף/י מסמכים רפואיים כדי שנוכל לקבוע אחוזי הנכות.

הסבר נוסף על החוק, אופן הגשת התביעה והטיפול בה
אנא - ראה/י בדף ההסבר המצוי בסניפי המוסד ובאתר האינטרנט.

תביעה לפיצוי ע"פ חוק פיצוי לנפגעי פוליו, התשס"ז - 2007

חלק א'

1. פרטי הנפגע

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
שם האב	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	ארץ עלייה	תאריך עלייה

2. מען מגורים

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס			

חלק ב'

1. פרטים על המחלה

א. באיזו שנה חלית במחלת הפוליו?

ב. באיזה בית חולים טופלת / אושפזת? _____

ג. אם לא נולדת בישראל נא צרף מסמכים המעידים שחלית בישראל.

2. פרטים על קופת החולים בה הינך מטופל ועל רופא המשפחה

שם הקופה: _____ שם המרפאה וכתובתה: _____

שם רופא המשפחה שלך: ד"ר _____ כתובת המרפאה: _____

3. רופאים נוספים המטפלים בך או טיפלו בך בעבר

רשום שמות רופאים נוספים המטפלים בך וכתובתם. אם הטיפול הוא במרפאה מקצועית / מחלקה של קופ"ח או של בית-חולים - רשום את שם המרפאה / מחלקה וכתובתה. אם ידועים לך מספרי הטלפון רשום גם אותם.

(1) _____

(2) _____

חלק ג'

1. תביעות אחרות בגין מחלת הפוליו

האם הגשת תביעה לפי פקודת הנזיקין? כן לא

האם הגשת תביעה לפי חוק ביטוח נפגעי חיסון התש"ן - 1989? כן לא

2. העברת תשלומים

התשלומים יועברו לחשבון בנק בו משולמת קצבת נכות / קצבת שירותים מיוחדים / קצבת ניידות כן לא

תשלומים שיגיעו לי אבקש להעביר לזכות חשבון הבנק כמפורט להלן:

שם הבנק _____ מען הסניף _____ מספר הסניף _____ מספר החשבון _____

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

יחס קרבה לתובע _____ (שותף לחשבון הבנק, יחתום על התחייבות בסעיף 5 בעמ' 3)

(בן / בת זוג, בן / בת, הורה, סב, אח/ות)

עמוד 3 מתוך 3

3. פרטי מגיש התביעה - ימולא אם וכאשר התובע אינו מסוגל להגיש התביעה בעצמו עקב מצבו הבריאותי

שם מגיש התביעה: _____	מספר הזהות: _____
מען מגורים (כולל מיקוד): _____	
מספרי טלפון: _____	טלפון נייד: _____
פקס: _____	
פרטים על יפוי כח / צו אפוטרופסות / פסק דין: אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצרף העתק: _____	

4. הסכמה לקביעת רופא ללא נוכחות - חתום למטה אם אתה מעוניין שאחוזי הנכות הרפואית / אחוזי המוגבלות בניידות יקבעו לפי מסמכים בלבד

אני מסכים בזה שהרופא יקבע את אחוזי נכותי הרפואית לפי מסמכים בלבד ומבלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי שלמרות הסכמתי זו יהיה עלי להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.
חתימת התובע X _____

5. הצהרת התובע / מגיש התביעה / שותף לחשבון הבנק - (למעט לחבר קבוץ / מושב שתופי) חשבון הבנק חייב להיות ע"ש התובע, אפשרי שותף/ים בחשבון.

<p>* אני החתום מטה תובע פיצוי ע"פ החוק לפיצוי נפגעי פוליו ומצהיר בזה כי כל הפרטים בתביעה ובמסמכים המצורפים לה הם נכונים. אם יחול שינוי באחד מהפרטים שמסרתי בתביעה זו אני מתחייב להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. ידוע לי כי בהתאם לחוק, אדם אשר גרם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה, או להגדלתה ע"י העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.</p> <p><input type="checkbox"/> (יסומן ב- ✓) כאשר עובד המוסד ממלא את טופס התביעה) כל הפרטים הרשומים בתביעה הוקראו באוזני ואני מאשר בזה כי הם תואמים את הפרטים שמסרתי בע"פ לעובד המוסד.</p> <p>* אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את הפרטי השותפים לחשבון ומיופי הכת, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה. אני מסכים 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 כדיו, וכן שהבנק ימסור מוסד את פרטי מושכי התשלומים.</p>
תאריך: _____ חתימת התובע / או מגיש התביעה X _____
(התחייבות שותף בחשבון הבנק לגבי סעיף ב.): שם: _____ מספר זהות: _____
תאריך: _____ חתימה X _____
אם התביעה נחתמה בתביעת אצבע, ציין: _____
שם העד: _____ מספר זהות: _____ חתימת העד: _____

מלא וחתום על טפסי ויתור הסודיות שלהלן:

ויתור סודיות רפואית

לכבוד _____

אני _____ הח"מ בעל מספר זהות _____

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 שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

תאריך: _____ חתימה X _____

מלא וחתום על טפסי ויתור הסודיות שלהלן:

ויתור סודיות רפואית

לכבוד _____

אני _____ הח"מ בעל מספר זהות _____

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 שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

תאריך: _____ חתימה X _____