המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי פעולות איבה

בל/ 581

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

- מוזמן לוועדה רפואית?
  תוכל לקבל ייעוץ והכנה בחינם לוועדה במרכזי יד מכוונת של הביטוח הלאומי.
  רופאים מומחים יסייעו לך בהכנת התיק הרפואי, ידריכו אותך כיצד להתנהל בוועדה ועוד.
  לקביעת פגישה התקשר 2496*
- על פי חוק, לא ישולם התגמול לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשת התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- **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 ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט.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

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי פעולות איבה

תביעה לקביעת דרגת נכות ולתשלום תגמול נכות לנפגע איבה

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

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות ס"ב
		☐ זכר ☐ נקבה	

תאריך לידה (שנה חודש יום)	מצב משפחתי
	☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה ☐ פרוד/ה ☐ נשוי/אה ☐ גרוש/ה ☐ ידוע/ה בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		_____@_____

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

שם הנמען (אם אינו הרשום מעלה) _____

קופת החולים בה אתה חבר _____

2 פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה (שנה חודש יום)	האם קבלת/מקבל תגמול טיפול רפואי לאחר הפגיעה?	האם נזקקת לאשפוז בקשר לפגיעה?
	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא

שם בית החולים	תקופת האשפוז	
	מיום (שנה חודש יום)	עד יום (שנה חודש יום)

3 המגבלות שיש לך עקב הפגיעה ובגינן אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים מהם אתה סובל	מסמך או תיעוד רפואי הקשור למגבלה שציינת

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?
❑לא ❑ כן, פרט

פרט מחלות או מגבלות מהן סבלת טרם הפגיעה: _____

הוועדה הרפואית תדון רק בפגימות שהוכרו.
האם תסכים שרופא הועדה יקבע לך דרגת נכות רפואית על פי מסמכים בלבד מבלי לזמן אותך לדיון?
❑כן ❑ לא

אנא חתום להבעת הסכמתך : חתימה ✘_____
(ידוע לי שאף שנתתי את הסכמתי, יתכן ויהיה עלי להגיע לבדיקה אם רופא הודעה ידרוש זאת)

4 שליטה בשפה העברית

❑ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____
❑ לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית.
❑ לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית.

5 גמלאות ופיצויים מכוח חוקים אחרים

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: _____

6 פרטי חשבון הבנק של התובע

שמות בעלי החשבון	

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	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 להחתימם 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.
אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך **אימות בעלותי בחשבון הבנק** כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. **לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.**

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

7 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 ל:

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת. זהות	כתובת	קרבה משפחתית

חתימת הנכה _____

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר 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.

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 וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש 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 אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג׳ הרלוונטיים לצורך זה.
ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי 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 אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

❑ **אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.**

❑ **אני מסכים לועדה בווידאו צ'אט**

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	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	תאריך אירוע
13		שנה חודש יום	שנה חודש יום
שם משפחה		שם פרטי	

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, 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 ✘ _____