



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.
- אם אתה עובד שכיר עליך לצרף 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 רשאי להגיש תביעה לפגיעה בעבודה.
- על פי חוק, לא ישולם התגמול לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) 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 04-8812345.
- מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי פעולות איבה
**הודעה על פגיעה
בפעולות איבה ותביעה
לתגמול טיפול רפואי**

עמוד 1 מתוך 4

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr> </table> <p>מס' זהות / דרכון</p> </div> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 30px; height: 30px;"> <tr><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td></tr> </table> <p>פיצול</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 30px; height: 30px;"> <tr><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td></tr> </table> <p>סוג המסמך</p> </div> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 30px; height: 30px;"> <tr><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td></tr> </table> <p>דפים</p> </div> </div>																			<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p>חותמת קבלה</p>

1 פרטי הנפגע					
שם משפחה		שם פרטי		מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	
תאריך לידה		מצב משפחתי		מספר זהות ס"ב	
שנה		רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> גרומ/ה <input type="checkbox"/>		פרוד/ה <input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור <input type="checkbox"/>	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
יום		חודש		יום	
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

2 פרטי הפגיעה			
תאריך הפגיעה	שעת הפגיעה	המקום (כתובת) בו ארעה הפגיעה	עיסוק בשעת הפגיעה
שנה	חודש	יום	
<p>תאר בפירוט כיצד נגרמה הפגיעה (אם המקום אינו מספיק נא לצרף גיליון נוסף)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			

3 פרטי הפגיעה	
מהות הפגיעה (שבר, פציעה, מכה וכד')	איברים שנפגעו
יש לצרף מסמכים רפואיים הקשורים למגבלות שצינת	
האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלו שצינת בטבלה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	
האם נמסרה הודעה למשטרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש לצרף אישור ולציין את תחנת המשטרה ומספר התיק _____	

פרטי הטיפול הרפואי		4												
שם הרופא והשירות הרפואי שטיפלו בפגיעה		עזרה רפואית ראשונה הוגשה ע"י												
תקופת האשפוז		שם בית החולים והמחלקה (אם אושפזת)												
עד יום	מיום													
<table border="1"> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	יום	חודש	שנה				<table border="1"> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	יום	חודש	שנה				
יום	חודש	שנה												
יום	חודש	שנה												
פרט 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 חבר												

עדים לפגיעה			5
שמות האנשים שנכחו בשעת הפגיעה:			
שם משפחה	שם פרטי	כתובת מלאה	

גמלאות ופיצויים מכוח חוקים אחרים		6
האם אתה מקבל 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 המזיקין בגין פגיעה זו:		
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, ציין 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.		

7

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

עובד שכיר עובד עצמאי אינו עובד

עיסוק התובע ב - 3 החודשים שקדמו ליום הפסקת העבודה

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

האם קיבלת או הנך מקבל שכר או פיצוי בעת אי-כושרך לעבודה? לא כן (צרף תלושים לתקופת האי-כושר)
 האם קיבלת שכר בעד יום הפגיעה? לא כן

8

פרטי חשבון הבנק אליו יועברו התשלומים

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, עבור מקבל הגמלה.
 אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי כח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטיהם של השותפים בחשבון ומיופי הכח, 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 ✕ _____

9

הצהרה

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 ✕ _____

