

מס' זהות / דרכון פיצול	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
---	--	-----------------------



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי פעולות איבה

תביעה לקביעת דרגת נכות
ולתשלום תגמול נכות
לנפגע איבה

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות ס"ב
יפית	אליאז	☒ זכר ☐ נקבה	3 1 5 9 9 4 9 4 7
תאריך לידה	מצב משפחתי	☒ רווקה ☐ נשוא/ה ☐ אלמן/ה ☐ גרושה/ה ☐ פרודה/ה ☐ ידועה/בציבור	29/05/1996
שנה	חודש	יום	

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

מיקוד	ישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
8782705	נתיבי			5	השחרים
דואר אלקטרוני:		טלפון נייד		טלפון קווי	
@		053531116			

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)

מיקוד	ישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

שם הנמען (אם אינו הרשום מעלה)

קופת החולים בה אתה חבר

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	האם קבלת/מקבל תגמול טיפול רפואי לאחר הפגיעה?	האם נזקקת לאשפוז בקשר לפגיעה?
07/10/2023	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☒ לא
שנה	חודש	יום

תקופת האשפוז

מיום	עד יום
שנה	חודש
יום	שנה

שם בית החולים

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה ובגין אתה תובע גמלה

3

המגבלות או הכאבים מהם אתה סובל	מסמך או תיעוד רפואי הקשור למגבלה שציינת
חרגה ופגעה צ'ראון קשה	רצ"ר 2

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 בפגיומות שהוכרו.
 האם תסכים שרופא הוועדה 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 הוועדה ידרוש זאת)

שליטה בשפה העברית

4

- ☐ 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

5

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

6

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 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.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/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 * _____

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

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 בידועין 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.

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

☐ אני מסכים לוועדה בוידאו צ'אט

חתימת התובע / מקבל הגמלה **x** _____

תאריך _____

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	315994947	02/02/2024	01/02/2023
שם משפחה		שם פרטי	
יסר		אליאז	
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 אודותי.

תאריך _____ חתימת המבוטח * _____