

פרטי הפגיעה תאריך הפגיעה		2
האם נזקקת לאשפוז בקשר לפגיעה? כן ☒ לא ☐	האם קבלת/מקבל תגמול טיפול רפואי לאחר הפגיעה? כן ☐ לא ☐	07 10 20 23 יום חודש שנה
תקופת האשפוז עד יום מיום		שם בית החולים
שנה חודש יום	שנה חודש יום	

3

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה ובגין אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים מהם אתה סובל	מסמך או תיעוד רפואי הקשור למגבלה שציינת
חרגה וקיצוץ 3' כאון קשה	23"

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 בפגיעות 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)

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:
 ממוסד הביטחון ☐ לא ☐ כן, פרט: _____
 ממוסד 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	
אליאז אלמלן 'צרת		אלקא	
שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון	שם התחייב
נתניה	790	4005178	מתחייב

אני השותף בחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____
 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 להחתים 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 ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל לא 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 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.

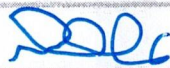
ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

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 אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוידאו צ'אט



חתימת התובע / מקבל הגמלה x

תאריך _____

טעגלעך

ט.ד.א. :ט.ד.א. :ט.ד.א.
 ט.ד.א. :ט.ד.א. :ט.ד.א.
 ט.ד.א. :ט.ד.א. :ט.ד.א.