

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

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי פעולות איבה

**הודעה על פגיעה
בפעולות איבה ותביעה
להכרה כנפגע פעולת איבה**

פרטי הנפגע		שם פרטי		שם משפחה	
מספר זהות ס"ב		מין זכר ☐ נקבה ☒		זכר / נ	
052924834		סידה		24101954	
מצב משפחתי		תאריך לידה		24101954	
פרוד/ה ☐ אלמן/ה ☐ רווק/ה ☐ נשוי/אה ☐ ידוע/ה בציבור ☐ גרוש/ה ☐		כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות		רחוב / תא דואר	
מיקוד		דירה		מס' בית	
5228407		קריית אורי		7	
דואר אלקטרוני:		טלפון נייד		טלפון קווי	
@		0526288288		035666420	
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:					
שם פרטי איש קשר		שם משפחה 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 לידעתך, 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	

תאריך הפגיעה	שעת הפגיעה	המקום (כתובת) בו ארעה הפגיעה	עיסוק בשעת הפגיעה
14/10/24	17:33	דירת - נחל אמאלו , קריית אתא	
תאר בפירוט כיצד נגרמה הפגיעה (אם המקום אינו מספיק נא לצרף גיליון נוסף) <u>במסגרת פגישה לביצוע העבודה, נכנסתי ונפגעתי.</u> לידיעותיך, אם מדובר בפגיעה נפשית שהיא תוצאה של רצף אירועים ביטחוניים והצטברות חריגה של פגיעות בפרק זמן תחום וקצר, תאר באיזה פרק זמן מדובר, אופן הפגיעה או מעורבותך באירועים, ומדוע רצף זה חריג לעומת תקופות אחרות עבורך. יש למלא טופס בל/577			
איברים שנפגעו (כולל פגיעה נפשית)		מהות הפגיעה (שבר, פציעה, מכה, נפש או חרדה)	
<u>כתף ימין / כתף שמאל</u>		<u>חבלות ישר</u>	
		<u>נכות ופצע</u>	
יש לצרף מסמכים רפואיים הקשורים למגבלות שצינת			
האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלו שצינת בטבלה: ☒ לא ☐ כן, פרט _____			
האם נמסרה הודעה למשטרה? ☒ לא ☐ כן, יש לצרף אישור ולציין את תחנת המשטרה ומספר התיק _____.			

פרטי הפגיעה - המשך

האם היית בשירות צבאי בעת הפגיעה? ☒ לא ☐ כן

האם חזרת לעבודה אחרי הפגיעה? ☐ לא ☐ כן, יש לציין תאריך: _____

☐ חלקית ☐ מלאה

האם הפגיעה התרחשה בזמן העבודה? ☐ כן ☒ לא

3 פרטי הפגיעה והטיפול הרפואי

עזרה רפואית ראשונה הוגשה ע"י _____

שם הרופא והשירות הרפואי שטיפלו בפגיעה _____

שם בית החולים והמחלקה (אם אושפזת) _____

תקופת האשפוז

עד יום _____ מיום _____

שנה _____ חודש _____ יום _____ שנה _____ חודש _____ יום _____

פרט מחלות או מגבלות מהן סבלת טרם הפגיעה: _____

שם הרופא המטפל _____

קופת חולים בה אתה חבר _____

4 עדים לפגיעה

שמות האנשים שנכחו בשעת הפגיעה:

שם פרטי	שם משפחה	כתובת מלאה

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: _____

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 מיזם כח בחשבון, ולדאוג להחתימה על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטיהם של השותפים בחשבון ומיזם 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.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, 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 

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 ביוזעין 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 לביטוח לאומי.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבה.

תאריך: 1.2.25 חתימת התובע / מקבל הגמלה 

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי פעולות איבה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: איבה

1

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	תאריך אירוע
13	052924834	10032025 שנה חודש יום	16102024 שנה חודש יום
שם משפחה		שם פרטי	
זר-ז		נאמה	
חבר בקופת חולים			
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____			

2

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 אודותי.

תאריך 1.2.25 חתימת המבוטח x