

תאריך: 09/04/2025

מכבי שירותי בריאות

מרפאה לבריאות העובדת (מ. תעסוקתית)

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלי
מכבי

ד"ר דודזון אייל

רופאה תעסוקתית/ת

התמחויות:

מומחה ברפואה תעסוקתית

טלפון: 03-9541310

פקס: 073-2132632

כתובת: רוטשילד 15 ראשון לציון tnr@mac.org.il (עקב שיפוז המעליות מומלץ להגיע כמה דקות לפני התור, עמכם הסליחה)

פרטי הנבדק:		שם משפחה: דיאמונד נינו		שם פרטי: ונסה		ת.ז.: 209588847
ת.לידה:	21/07/1981	מין: נ	טלפון: 0546896600	טל.עבודה/נייד: 0546896600	מיקוד 5948209	
כתובת:	הרצל 81/5, בת ים					

מכתב

תאריך: 09/04/2025

לכבוד: גן חיבוקי, הנהלה
שפירא 4 בת ים

לאחר שבדקתי את העובדת ועיינתי בחו"ד- להלן המסקנות הבאות:

- תאונה בתאריך 19/12/2024

- עדיין אינה כשירה לעבודות הכרוכות בהתניידות רבה והרמת משאות - ועל כן עדיין אינה כשירה לעבודתה כסייעת בגן ילדים - עד תום שנת הלימודים הנוכחית תשפ"ה (כולל תקופת החופש הגדול עד תחילת שנת הלימודים תשפ"ו)
- ביקורת לקראת שנת הלימודים תשפ"ו

בברכה,

ד"ר דודזון אייל

ד"ר דודזון אייל
מ.ר. 1-109284
מומחה ברפואה תעסוקתית

חתימה



טל: 04-8812345 או *6050

פקס: 03-5127131

שעות מענה: א-ה 08:00-17:00

קבלת קהל: א,ג,ה, 08:30-13:00

סניף: בת ים

הרב ניסנבאום 37

בת ים 5962030

תיק: 209588847

דף 1 מתוך 2

לכבוד

ונסה דיאמונד ניניו

הרצל 81 דירה 5

בת ים 5948205

642-009-025



תיק: 209588847

ט"ז באייר, תשפ"ה

14 במאי 2025

א.ג.נ.

הנדון: תביעת להכרה כנפגע פעולות איבה לפי חוק התגמולים לנפגעי איבה

הריני להודיעך כי הרשות המאשרת, ע"פ סעיף 10 לחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, תש"ל - 1970, החליטה להכיר בפגיעה שאירעה לך ביום 19/12/2024 כפגיעת איבה. פגיעת האיבה הוכרה בגין: קרסול שמאל, קרסול ימין

במידה והיו לך הוצאות רפואיות בגין הפגיעה המוכרת, ניתן להגיש חשבוניות מקוריות לבדיקת זכאותך להחזר ההוצאות (בכפוף לאישור רופא המוסד).
אם עקב הפגיעה אין באפשרותך לעבוד בשל קבלת טיפולים רפואיים או החלמה מטיפולים רפואיים, יתכן שקיימת לך זכאות לתגמול בשל אובדן כושר העבודה בתקופה זו.
לקבלת התגמול יש להגיש בקשה "לתגמול טיפול רפואי" על גבי טופס בל 571/ ולצרף תעודות מחלה המעידות על קשר סיבתי בין המחלה לפגיעה מאירוע האיבה.
באם נותרה לך מגבלה כלשהי עקב הפגיעה הואילי נא למלא את טופס התביעה המצ"ב לקביעת דרגת נכות.

מצ"ב:

- אישור לקופ"ח
- אישור הרשות המאשרת
- טופס בקשה "תגמול טיפול רפואי"
- טופס תביעה לקביעת דרגת נכות

הרינו להביא לידיעתך כי הנך רשאית לתבוע את המזיק בנוזקין מבלי שהדבר יפגע בזכותך לתגמולי איבה מהביטוח הלאומי. אולם, במידה ותקבלי פסק דין ותפעלי לגבות מהמזיק פיצויים (למעט פיצוי עונשי שאין מניעה לגבות), לא תהיי זכאית לתגמול על פי חוק נפגעי פעולות איבה ויהיה עליך להחזיר למוסד לביטוח לאומי את התגמולים ששולמו לך.

בכוונתך להגיש תביעה לנכות איבה?

תוכלי לקבל ייעוץ והכנה בחינם לוועדה הרפואית במרכזי יד מכוונת של הביטוח הלאומי. רופאים מומחים יסייעו לך בהכנת התיק הרפואי, ידריכו אותך כיצד להתנהל בוועדה ועוד. לקביעת פגישה התקשרי *2496

בכבוד רב
פרנקן לוי הדר
פקידת תביעות
אגף נפגעי פעולות איבה

העתקים:

תיק

טל: 04-8812345 או *6050
פקס: 03-5127131
שעות מענה: א-ה 17:00-8:00
קבלת קהל: א,ג,ה, 13:00-8:30

פעולות איבה

www.btl.gov.il
המוסד לביטוח לאומי

סניף: בת ים
הרב ניסנבאום 37
בת ים 5962030



תיק: 209588847

דף 2 מתוך 2

14/05/2025

לכבוד
קופת החולים

הנדון: הפניית נפגע פעולות איבה

הריני להודיעכם כי גברת דיאמונד ניניו ונסה ת.ז. 20958884-7 הוכרה כנפגעת פעולות איבה מיום: 19/12/2024 בגין אירוע איבה שאירע ביום זה.

הוכרו הפגישות הבאות: קרסול שמאל, קרסול ימין.

נא לתת לגברת דיאמונד ניניו ונסה ת.ז. 20958884-7 את הטיפולים הקשורים לפגיעות הנ"ל.

לצורך קבלת החזר הוצאות הריפוי בגין הפגיעה, יש להפנות את פרוט החשבון בצרוף דוח הטיפול הרפואי אל מחלקת נפגעי פעולות איבה, המוסד לביטוח לאומי או לחברת פמי.

בכבוד רב,

פרנקן לוי הדר
אגף נפגעי פעולות איבה

העתקים:
תיק



מדינת ישראל
משרד הביטחון
בלמ"ס

תאריך: 11/05/2025
י"ג אייר תשפ"ה
טלפון: 03-7380800
פקס: 0733232392
מס' תיק: 900025020562
מס' אירוע: 2025-05-007292

היועץ המשפטי למערכת הביטחון
היחידה לתביעות



לכבוד
המוסד לביטחון לאומי

באמצעות פקס

החלטת הרשות המאשרת על פי סעיף 10
לחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, תש"ל-1970
בתשובה למכתבכם מתאריך 27/04/2025

א. פרטי הנפגע:

21/07/1981	209588847	ונסה	דיאמונד ניניו
תאריך לידה	מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה

ב. פרטים על הפגיעה:

תאריך הפגיעה: 19/12/2024

נסיבות הפגיעה: אזעקה

תוצאות הפגיעה: פציעה

מקום הפגיעה: בת ים

ג. החלטת הרשות המאשרת: אישור

נימוקים להחלטה: הפגיעה הינה פגיעת איבה כמשמעה בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, תש"ל-1970. ההחלטה לעניין חבלה בקרסול ימין וחבלה בקרסול שמאל, בלבד.

ד. זכות הערעור:

לפי סעיף 11 לחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, תש"ל-1970, רשאי התובע לערער על החלטת הרשות המאשרת, תוך 60 יום שבו הגיעה לידיעתו ההודעה על החלטת הרשות.

ידידיה אורון, ע"ד
סגן בכיר לתביעות
הרשות המאשרת



בקשה לתגמול טיפול רפואי ע"פ תקנות התגמולים לנפגעי פעולות איבה (פיצוי בעת טיפול רפואי), תש"ל 1970

יש לצרף לטופס זה

תעודת מחלה / תעודת אי כושר לעבוד באופן מלא או חלקי מרופא מטפל, שצריכה לכלול את תקופת המנוחה המומלצת ואת הממצאים הרפואיים והתפקודיים הקובעים שאינך כשיר לעבודה, בשל קבלת טיפול רפואי או החלמה מטיפול הנובע מפגיעת האיבה.

תעודת מחלה/ תעודת אי כושר לעבוד באופן חלקי מתבטאת בהמלצת מנוחה למספר שעות ביום.

תעודה המחלה יכולה להיות מגורם מקצועי המטפל בפגיעתך או מרופא מטפל בשירותי הבריאות של המדינה, כגון רופא בקופ"ח, רופא בבית חולים. ניתן להגיש סיכום ביניים בתקופת אשפוז או תעודת שחרור מאשפוז עם המלצת מנוחה.

אישורים על הכנסות:
לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה, אנו נפנה למעסיקך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מתנגד לכך או שלא נקבל מידע על הכנסותיך, יהיה עליך להציג 3 תלושי שכר שקדמו לתקופת המחלה/ תקופת אי הכושר לעבודה מכל אחד ממעסיקיך בתקופה זו.

לנפגע בעל הכנסות כעצמאי: שומה של שנה שקדמה לתקופת המחלה ושומה של השנה בה הינך תובע תגמול טיפול רפואי.

שים לב: באם מדובר בתקופת המשך (ברצף) לבקשה קודמת לתגמול טיפול רפואי **אין צורך** למלא בשנית את סעיף 5 ואין צורך להגיש שוב מסמכים על הכנסותיך טרם ההזדקקות לתגמול זה.

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 וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

אגרת מידע

מידע כללי:

תגמול עבור טיפול רפואי (תט"ר) נועד לפצות נפגע איבה מעל גיל 14, שאיבד את כושר השתכרותו **בעת קבלת טיפולים רפואיים או החלמה מטיפולים רפואיים**, הנובעים מפגיעת האיבה, ובתנאי שלא משולם לו שכר או פיצוי אחר לאותה התקופה. בדרך כלל יהיה התט"ר קצר מועד לתקופה הסמוכה לפגיעה מפגיעת האיבה.

תשלום תט"ר יבוצע על סמך תעודת רפואית. התעודה הרפואית צריכה לכלול את תקופת המנוחה המומלצת ואת הממצאים הרפואיים והתפקודיים הקובעים שהנפגע אינו כשיר לעבודה, בשל קבלת טיפול רפואי או החלמה מטיפול הנובע מהפגיעה.

רופא הביטוח הלאומי יבחן אם תקופת האי כושר והאבחנה קשורות לפגיעה, ובמידה ותעמוד בכל כללי הזכאות ישולם לך התגמול.

התגמול ישולם גם לאדם שלא עבד לפני תקופת האי כושר לעבוד / ההחלמה מטיפולים. לגבי אדם שעבד לפני פגיעתו, תגמול זה מהווה תחליף להכנסה מעבודה או מעסק.

חשוב לדעת:

אם אתה לא עובד בתקופת המחלה/החלמה והמשכת לקבל שכר ממעסיקך, נוכל לבדוק את האפשרות לשלם למעסיקך התגמול והוא ישולם לו בכפוף למילוי דרישה להחזר. המעסיק יכול לבקש גם החזר בעבור התשלומים שהפריש לטובתך להטבות סוציאליות בתקופת היעדרותך מהעבודה / תקופת האי כושר. טופס דרישה והצהרת המעסיק מצורף בעמוד 7.

אם נקבעה לך דרגת נכות, ורופא תעסוקתי קבע כי נמנע ממך לעבוד בהיקף משרה מלאה למשך זמן **ממושך** בשל מצבך הרפואי ו**נכותך** ואתה יכול לעבוד בהיקף משרה חלקית בלבד, ניתן לבחון זכאותך לתגמול טיפול רפואי חלקי בשל מצב רפואי מתמשך, המזכה בתוספת קצבה לתגמול הנכות. לבחינת זכאותך יש להגיש בקשה באמצעות טופס בל/ 572

על פי חוק, לא ישולם התגמול לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשת התביעה.

גובה התגמול:

אם לא עבדת לפני תקופת המחלה / ההחלמה מטיפולים רפואיים, ישולם לך תגמול בסכום מינימלי הקבוע בחוק.

אם עבדת לפני תקופת המחלה / ההחלמה מטיפולים רפואיים, התגמול יחושב וישולם על פי השכר החודשי שלך ובכל מקרה לא יפחת מהמינימום ולא יעלה על המקסימום הקבועים בחוק.

אם אתה עצמאי, ישולם לך בשלב ראשון תגמול על פי המינימום הקבוע בחוק. בתום השנה, תוכל להציג שומות ממס הכנסה ואנו נבחן את שיעור הירידה בהכנסותיך בשנה של תקופת המחלה / האי כושר להשתכר, בהשוואה לשנה שקדמה לה. גובה התגמול לו תהיה זכאי יהיה מבוסס על הפרש בין ההכנסות על פי 2 השומות. בכל מקרה גובה התגמול לו תהיה זכאי לא יפחת מהמינימום הקבוע בחוק (ששולם לך בשלב ראשון) ולא יעלה על המקסימום ליום הקבוע בחוק.

בעת תקופת אשפוז מעל 14 ימים, זכאותך לתגמול תופחת ל- 75% מהתגמול היומי בעד טיפול רפואי (במידה והינך רווק וללא ילדים).

באי כושר חלקי/היעדרות חלקית מהעבודה, הזכאות לתגמול תהיה בהתאם למספר שעות אי הכושר/ שעות היעדרות מהעבודה.

תביעה לקביעת דרגת נכות

- אם בתום ההחלמה מפציעתך, אתה חש שעדיין נותרה לך פגיעה פיזית או רגשית שמגבילה אותך, באפשרותך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות (טופס בל/581) למחלקת איבה בסניף מגורייך.
- את הטופס ניתן למצוא באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי www.btl.gov.il ולהגישו באופן מקוון, בדואר או בתיבת השירות של הסניף.
- את התביעה יש להגיש בתוך 12 חודשים מיום ההכרה. על פי חוק, לא ישולם התגמול לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשת התביעה.
- נפגע בפעולת איבה שהגיש תביעה לתגמול נכות, יוזמן להופיע בפני ועדה רפואית שבסמכותה לקבוע את דרגת נכותו לתקופה זמנית או קבועה, לפי חומרת הפגיעה.



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי פעולות איבה
בקשה לתגמול טיפול רפואי

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

פיצול

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

פרטי הנפגע

1

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
תאריך לידה		מצב משפחתי		מין זכר ☐ נקבה ☐	
רווק/ה ☐		אלמן/ה ☐		פרוד/ה ☐	
נשוי/אה ☐		גרשה ☐		ידועה/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	

2

פרטי הנפגע ותקופות אשפוז:

תאריך הפגיעה:		☐ עובד שכיר ☐ עובד עצמאי ☐ אינו עובד							
שם בית החולים והמחלקה (אם אושפזת)		תקופת האשפוז							
		<table border="1"> <tr> <td>מיום</td> <td>עד יום</td> </tr> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> </tr> <tr> <td>יום</td> <td>יום</td> </tr> </table>		מיום	עד יום	שנה	חודש	יום	יום
מיום	עד יום								
שנה	חודש								
יום	יום								
קופת חולים בה אתה חבר		שם הרופא המטפל							
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית									
אחר									

3

בהשה לתט"ר לתקופות המפורטות

מתאריך	עד תאריך
האם קיבלת שכר בעד יום הפגיעה? ☐ לא ☐ כן	
האם מעסיקך שילם לך "פיצוי/ימי מחלה" בגין מלחמת חרבות ברזל בתקופה זו? ☐ לא ☐ כן במידה ושולם לך פיצוי מלחמה, נא לפרט את הסכומים בחלק המיועד לכך בדף האחרון בטופס.	
האם קבלת פיצויים לפי פקודת הנזיקין בגין פגיעה זו? ☐ לא ☐ כן, ציין ממי ושם עורך הדין שלך: _____	

4

הצהרת שכיר

אני מצהיר בזאת כי:

- הנני מבקש תגמולים עקב החלמה או הזדקקות לטיפול רפואי לפי תעודת המחלה המצורפת.
 - ☐ בתקופות שצוינו לעיל נעדרתי מהעבודה בשל החלמה מפגיעתי.
 - ☐ בתקופות שצוינו לא עבדתי _____ שעות ביום בשל החלמה מפגיעתי.
 - אני מתחייב להודיע במידה ואחזור לעבודה.
 - לא שולם לי שכר או פיצוי אחר בעבור היעדרותי מהעבודה בתקופות שצוינו לעיל, למעט הפיצויים שפורטו בסעיף 3 לעיל.
 - ידוע לי שאם קיבלתי שכר בתקופת היעדרותי מהעבודה עקב הזדקקות לטיפול רפואי, הזכאות תועבר למעסיקי בכפוף למילוי טופס דרישתו להחזר (רצ"ב טופס דרישה בעמוד 7)
- תאריך: _____ חתימת המצהיר ✕ _____

5

פרטים על הכנסת הנפגע (נא לצרף תלושי שכר/אישורים מתאימים) – אין למלא סעיף זה אם מדובר בבקשת עצמאי

עיסוק שכיר ב – 3 החודשים שקדמו ליום הפסקת העבודה

מס' נקודות זיכוי למס הכנסה	שם המעסיק ומס' תיק ניכויים (מתלוש השכר)	שם המעסיק ומס' תיק ניכויים (מתלוש השכר)	שם המעסיק ומס' תיק ניכויים (מתלוש השכר)	תקופת העבודה	
				עד יום	מיום

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מתנגד לכך עלייך לסמן את ההצהרה הבאה:

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי.

ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

6

הצהרת עצמאי

אני מצהיר בזאת כי:

- הנני מבקש תגמולים על ביטול ימי עבודה, עקב הזדקקות לטיפול רפואי לפי תעודת המחלה המצורפת.
- בתקופות שצוינו לעיל עבדתי / לא עבדתי _____ שעות ביום בעסקי, או בכל עיסוק אחר.
- אני מתחייב להודיע במידה ואקדים חזרתי לעבודה.
- ידוע לי שגובה התגמול לו אהיה זכאי יקבע על פי שיעור הירידה בהכנסתי בשנה בה נזקקתי לתגמול טיפול רפואי בהשוואה להכנסתי בשנה שקדמה לה. שיעור הירידה בהכנסתי יקבע על ידי השוואת 2 שומות ובכל מקרה לא יפחת מהמינימום הקבוע בחוק. על מנת לקבוע את שיעור הירידה בהכנסתי יהיה עלי להציג בפני פקיד תביעות שומות מאת שלטונות המס של השנים הנבחות.

תאריך: _____ חתימת המצהיר ✕ _____

7

גמלאות ופיצויים מכוח חוקים אחרים

לצורך חישוב זכאותך אנא פרט האם אתה מקבל או קיבלת תשלום או תגמול:

ממשרד הביטחון ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

ממשרד האוצר ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

מהתגמול טיפול רפואי ינוכו: גמלת נכות לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, גמלאות לפי חוק הביטוח הלאומי, חוק נכי המלחמה בנאצים, חוק נכי רדיפות הנאצים ופנסיה משירות קבע בצה"ל או משירות המדינה.

א. ☐ משולמת לי גמלה לפי אחד או יותר מן החוקים הבאים:

☐ חוק נכי המלחמה בנאצים תשי"ד - 1954 בסך _____ ש"ח לחודש

☐ חוק נכי רדיפות הנאצים תשי"ז - 1957 בסך _____ ש"ח לחודש

☐ פנסיה לפי חוק שירות המדינה (גמלאות) תשט"ו - 1955 בסך _____ ש"ח לחודש

☐ פנסיה לפי חוק שירות הקבע בצה"ל (גמלאות) תשי"ד - 1954 בסך _____ ש"ח לחודש

ב. ☐ לא משולמת לי אף אחת מהגמלאות המוזכרות לעיל.

8

פרטי חשבון הבנק אליו יועברו התשלומים

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף/כתובת	מס' סניף	מספר חשבון

אני השותף בחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____

מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, עבור מקבל הגמלה. אני מתחייב להודיע לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי כח בחשבון, ולדאוג להחתימה על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטיהם של השותפים בחשבון ומיופה הכח, במהלך תקופת הזכאות ואחריה. אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם הביטוח הלאומי יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור לביטוח הלאומי את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי הביטוח הלאומי יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור לביטוח לאומי את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי הביטוח הלאומי רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להציאם לפי דרישה.

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

9

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 ההטבות.

תאריך: _____ חתימת התובע / מקבל הגמלה X _____

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי פעולות איבה
כתב ויתור סודיות רפואית



שם הגמלה: איבה

חותמת קבלה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	13	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	תאריך אירוע
			שנה חודש יום	שנה חודש יום
שם משפחה		שם פרטי		
חבר בקופת חולים				
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____				

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטתי 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 x _____

דרישת והצהרת מעסיק

לכבוד:
פקיד תביעות
מחלקת נפגעי פעולות איבה
סניף _____

1

פרטי העסק

שם המעסיק		מס' תיק ניכויים	
פרטי חשבון בנק (יש לצרף אסמכתא מהבנק לאימות פרטי חשבון הבנק)			
שם הבנק	שם הסניף/כתובת	מס' סניף	מס' חשבון
כתובת			
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
		ישוב	מיקוד

2

פרטי הנפגע

שם משפחה	שם פרטי	מין ☐ זכר ☐ נקבה	תאריך הפגיעה ____/____/____	מספר זהות ס"ב ____
טלפון של איש קשר				
אנו מאשרים שהעובד נעדר מעבודתו ושולם לו שכר בתקופות המפורטות מטה:				
מתאריך		עד תאריך		

3

הצהרה

אנו מאשרים כי העובד נעדר מעבודתו בשל אי כושר לעבודה כתוצאה מפגיעת האיבה בתאריכים שפורטו לעיל. שכר עבודה עבור ימים אלו שולם על ידינו.

☐ בעבור התקופות שפורטו לעיל **לא התקבל** תשלום ממשד האוצר כ"פיצוי מלחמה" עבור עובד זה.

☐ בעבור התקופות שפורטו לעיל **התקבל** תשלום ממשד האוצר כ"פיצוי מלחמה" עבור עובד זה, כמפורט בדף המיועד לכך בדף האחרון בטופס.

ידוע לנו כי החזר השכר יעשה על פי ממוצע השכר הרגיל של הנפגע 3 חודשים טרם הזדקקותו לתגמול. במידה ושולם שכר על חשבון ימי מחלה / חופשה העובד יזכה עם קבלת הדרישה להחזר מביטוח לאומי. אנו מבקשים החזר בעבור סכומים ששולמו על ידינו לטובת הנפגע עבור הטבות סוציאליות בתקופת האי כושר לעבודה. הננו מצהירים שנתוני השכר ונתוני ההעברות בגין התנאים הסוציאליים שמפורטים מטה הינם על פי תלושי השכר של העובד בתקופות היעדרותו מהעבודה. (מצ"ב תלושי השכר לתקופות הללו).

את סכום הדרישה יש להעביר לפקודת _____ לפי פרטי החשבון הרשומים לעיל.

תאריך: _____ שם מלא ותפקיד בחברה: _____ חתימה וחותמת **x** _____

פרטי הנפגע

(06.2024) 571 בל/



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 וביירוטים 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

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



המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הגמלאות
 נפגעי פעולות איבה

תביעה לקביעת דרגת נכות
ולתשלום תגמול נכות
לנפגע איבה

1

שם פרטי		שם משפחה	
מין זכר ☐ נקבה ☐		מספר זהות ס"ב	
מצב משפחתי רווקה ☐ נשואה ☐ אלמן/ה ☐ גרושה ☐ פרוד/ה ☐ ידועה/בציבור ☐		תאריך לידה שנה חודש יום	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי		טלפון נייד	
דואר אלקטרוני: @		מיקוד	
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		מיקוד	
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני, במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנתי "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
שם הנמען (אם אינו הרשום מעלה)		מיקוד	
קופת החולים בה אתה חבר			

2

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

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 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:

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 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 ממחשבת, 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 ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס סספי 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 בוודאו צ'אט

חתימת התובע / מקבל הגמלה ✕ _____

תאריך _____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי פעולות איבה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: איבה

פרטים אישיים		
קוד גמלה	13	
מספר זהות/דרכון		
תאריך תביעה	שנה	חודש
תאריך אירוע	שנה	חודש
שם פרטי	שם משפחה	
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 ✕ _____