

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

**תביעה לקביעת דרגת נכות
ולתשלום תגמול נכות
לנפגע איבה**

פרטי התובע		שם משפחה		שם פרטי		מין		מספר זהות	
זכר ☐ נקבה ☒		26		דניאל		052924834		ס"ב	
תאריך לידה		מצב משפחתי		רווקה ☐ נשואה ☐		אלמנה ☐ גרופה ☐		פרודה ☐ ידועה/בציבור ☐	
24/10/1954		יום חודש שנה		יום חודש שנה		יום חודש שנה		יום חודש שנה	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות									
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה		ישוב	
רחוב מלח		1		1		1		קרית ארנו	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני:		מיקוד		מס' זהות איש קשר	
035666420		0526288288		@		5228407		ס"ב	
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		מס' זהות איש קשר		מס' זהות איש קשר	
☐ 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		ישוב	
שם הנמען (אם אינו הרשום מעלה) _____ קופת החולים בה אתה חבר _____									

פרטי הפגיעה תאריך הפגיעה 11/4 11/0 20/2 4/ יום חודש שנה		2
האם קבלת/מקבל תגמול טיפול רפואי לאחר הפגיעה? כן ☒ לא ☐	האם נזקקת לאשפוז בקשר לפגיעה? כן ☒ לא ☐	
תקופת האשפוז עד יום מיום 16 10 20 24 יום חודש שנה		שם בית החולים בית חולים ג' 2 א מחלקה אורתופדיה

3 המגבלות שיש לך עקב הפגיעה ובגין אתה תובע גמלה

3

המגבלות או הכאבים מהם אתה סובל	מסמך או תיעוד רפואי הקשור למגבלה שציינת
כאב ונימול ברגלי ימין	רצף תצלומי כספיים
הגבלה על תנועת יד ימין	רצף תצלומי כספיים
יציאת זבל ימין	
החמרה בלימפטיקה	

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?

☐ לא ☒ כן, פרט

פרט מחלות או מגבלות מהן סבלת טרם הפגיעה: גיתרת קלה במהלך יליון וסל"מ

הוועדה הרפואית תדון רק בפגיונות 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

4

- ☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____
☐ לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית.
☐ לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית.

5 גמלאות ופציונים מכוח חוקים אחרים

5

האם אתה מקבל או קיבלת תשלום או תגמול:

ממשרד הביטחון ☐ לא ☒ כן, פרט: _____

ממשרד האוצר ☐ לא ☒ כן, פרט: _____

האם קבלת פציונים לפי פקודת הנזיקין בגין פגיעה זו?

☐ לא ☒ כן, ציין ממי ושם עורך הדין שלך: _____

6 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 מינוי כוח בחשבון, ולדאוג להחתימה על טופס עדכון חשבון. אני מסכים, שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים בחשבון ומינף 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 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

7

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 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 ✕ _____

תאריך _____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי פעולות איבה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: איבה

פרטים אישיים			
תאריך אירוע	תאריך תביעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
10/10/2024 שנה חודש יום	17/09/2025 שנה חודש יום	052974834	13
שם פרטי		שם משפחה	
אלון		זר זר	
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 * _____