

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי פעולות איבה

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

פרטי התובע		שם משפחה		שם פרטי		מין		מספר זהות ס"ב	
זכר ☐ נקבה ☒		ויסה		ז'אן-מארק ניטו		20958847		20958847	
מצב משפחתי		תאריך לידה		שנה		חודש		יום	
רווקה ☐ אלמנה ☐ גרושה ☐ פרודה ☐ נשוי/אה ☐ גרושה ☐ ידועה/בציבור ☐		21071981		שנה		חודש		יום	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות									
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה		יישוב	
היכל		8				5		זת ים	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני:		מיקוד		מס' זהות איש קשר	
0546896600		0546896600		@		594805		0546896600	
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		מס' זהות איש קשר	
☐ 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	
שם הנמען (אם אינו הרשום מעלה)									
שם הנמען									
קופת החולים בה אתה חבר									
מנחם									

פרטי הפגיעה תאריך הפגיעה		2
האם קבלת/מקבל תגמול טיפול רפואי לאחר הפגיעה? כן ☒ לא ☐	האם נזקקת/נזקק לאשפוז בקשר לפגיעה? כן ☒ לא ☐	שם בית החולים מיום עד מיום

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה ובגין אתה תובע גמלה

המגבלות או הכאבים מהם אתה סובל	מסמך או תיעוד רפואי הקשור למגבלה שציינת
הגבלה על מרחב תנועה הגבלה על מרחב תנועה כאבים ברגליים קושי בהליכה ונזילה קושי יציב בהליכה	הגבלה על מרחב תנועה הגבלה על מרחב תנועה כאבים ברגליים קושי בהליכה ונזילה קושי יציב בהליכה

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)

שליטה בשפה העברית

☐ 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

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

שמות בעלי החשבון		ונסה ורון דיאמונד ניניו	
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
מזרחי	בלפור 58 בת ים	425	541374

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 להחתימה 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 ו/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 יקא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך: 3.7.25 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 ביודעין 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 בווידאו צ'אט

חתימת התובע / מקבל הגמלה x

3.7.25

תאריך

פ.

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		
13	209588847		
שם משפחה	תאריך תביעה	תאריך אירוע	
קאמנק רנן	שנה חודש יום	שנה חודש יום	
	שם פרטי		
	ינסה		
חבר בקופת חולים			
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר			

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 3.7.25 חתימת המבוטח * פ



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

עמוד 3 מתוך 9

פרטי הנפגע

1

שם משפחה

קיאניק ר'ני

שם פרטי

יוסיה

מין

☐ זכר

☒ נקבה

מספר זהות

ס"ב

209588847

מצב משפחתי

תאריך לידה

21021981

☐ פרוד/ה

☐ אלמן/ה

☐ רווק/ה

☐ ידוע/ה בציבור

☐ גרושה/ה

☐ נשוי/אה

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

רחוב / תא דואר

הרצ

מס' בית

81

דירה

5

יישוב

רמת ישי

מיקוד

5448205

טלפון נייד

0546896600

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

פרטי הנפגע ותקופת אשפוז

תאריך הפגיעה:

19.12.24

☒ עובד שכיר ☐ עובד עצמאי ☐ אינו עובד

שם בית החולים והמחלקה (אם אושפזת)

תקופת האשפוז

מיום

עד יום

27/12/2024

27/12/2024

יום

יום

שם הרופא המטפל

ד"ר תיאוקר רטואי

קופת חולים בה אתה חבר

☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית

☐ אחר

3

בהשה לתת"ר לתהופות המפורטות

עד תאריך 1.9.25	מתאריך 19.12.24
1.9.24	
רצ"א יטא ז' אל כושר חלפה	
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 הזדקקותי 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

שם המעסיק ומס' תיק ניכויים (מתלוש השכר)	שם המעסיק ומס' תיק ניכויים (מתלוש השכר)	שם המעסיק ומס' תיק ניכויים (מתלוש השכר)	תקופת העבודה	
			מיום	עד יום

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה או 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 הזדקקותי 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 הנבחרות.

תאריך: _____ חתימת המצהיר ☒

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: _____

מוחתגמול טיפול רפואי ינכסו: גמלות 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.

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

☐ חוק נכי המלחמה בנאצים תשי"ד - 1954

☐ חוק נכי רדיפות הנאצים תשי"ז - 1957

☐ פנסיה לפי חוק שירות המדינה (גמלאות) תשט"ו - 1955

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

בסך _____ ש"ח לחודש

בסך _____ ש"ח לחודש

בסך _____ ש"ח לחודש

בסך _____ ש"ח לחודש

☒ לא משולמת לי אף אחת מהגמלאות המוזכרות לעיל.

פרטי חשבון הבנק אליו יועברו התשלומים

שמות בעלי החשבון

ונסה ורון דיאמונד ניניו

שם הבנק

מזרחי

שם הסניף/כתובתו

מספר חשבון

541374

מס' סניף

425

אני השותף בחשבון הבנק של ת.ז. _____

שם _____

אני מתחייב להודיע לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי כח בחשבון, ולדאוג להחתימם 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 מחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/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 להמציאם לפי דרישה.

תאריך: 3.7.25

שם השותף: _____ מספר ת.ז. _____

חתימה X

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 ביועצין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס ספיי 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 הטבות.

תאריך: 3.7.25

חתימת התובע / מקבל הגמלה X

חותמת קבלה

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



שם הגמלה: איבה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	תאריך אירוע
13	7 8 8 8 4 5 9 0 2	5 2 2 0 2 2 0 0 0 0 שנה חודש יום	4 9 1 2 2 0 2 4 שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי		
כילאן, ניני	ווסה		
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 אודותי.

תאריך 3.7.25 חתימת המבוטח x פ

דרישת והצהרת מעסיק

לכבוד:
פקיד תביעות
מחלקת נפגעי פעולות איבה
סניף _____

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
מיקוד		ישוב	

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב		תאריך הפגיעה	
טלפון של איש קשר		מין		זכר ☐		נקבה ☐	
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 יזוכה 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 ☒
--

פרוט השכר והתשלומים ששולמו בגין תנאים סוציאליים לכל חודש (חוד מלא)

פרטי הנפגע

שם משפחה		שם פרטי		מין		תאריך הפגיעה		מספר זהות	
				זכר ☐	נקבה ☐	____/____/____		ס"ב ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	
חודש	שכר ברוטו	סכום	בטל"א	ק. פנסיה	ק. פיצויים	ק. השתל'	אחר		
		ב - ₪							
		ב- %							
		ב - ₪							
		ב- %							
		ב - ₪							
		ב- %							
		ב - ₪							
		ב- %							