

הנחיות למגיש תביעת שאירים

לפי החוק לפיצוי נפגעי הגזת, ה'תשנ"ד-1994

(1) טפסים

הינך מתבקש למלא את טופס התביעה במלואו על נספחיו:

- (א) הקפד למלא את הטפסים בכתב ברור וקריא.
 - (ב) יש לרשום מספר תעודת זהות מלא בן 9 ספרות.
 - (ג) יש לרשום את שמות הילדים עם כל הפרטים הנדרשים במלואם.
 - (ד) יש למלא את פרטי חשבון הבנק הפעיל והאישי של התובע בלבד ולצרף צילום צ'ק המסומן כמבוטל ו/או אישור מסניף הבנק בו מתנהל החשבון.
 - (ה) אם ביום הגשת התביעה שאריו של המנוח הינם בוגרים ומנהלים חשבון בנק עצמאי, יצרף כל אחד מהם צילום צ'ק המסומן כמבוטל ו/או אישור מסניף הבנק בו מתנהל חשבונו.
 - (ו) חלה חובת חתימה על התצהיר בטופס התביעה ועל טופס ויתור סודיות רפואית בפני עורך-דין או בפני מזכיר בית המשפט.
- (החתימה על כתב ויתור סודיות רפואית מתירה למרכז הארצי לגזת לבקש ולהשתמש בכל מידע רפואי ודמוגרפי של התובע שימצא לנכון לצרכי התביעה, עבור הוועדות ו/או מחקרים בנושא הגזת).
- (ז) בסעיף "אישור חתימת התובע בכתב התביעה" ו"כתב ויתור סודיות רפואית", יש להקפיד על פרטיו המלאים של עורך הדין (שם מלא, חותמת עו"ד, מס' רשיון, המשרד בו הוא מועסק, כתובת ודרכי התקשרות).

(2) מסמכים נדרשים

- (א) תעודת פטירה.
- (ב) הודעת פטירה.
- (ג) צו ירושה מאושר כחוק.
- (ד) כל מסמך רפואי ע"ש המנוח המצוי ברשותך בפרט סיכום מאשפוז אחרון אם נפטר בבית חולים. על המסמכים להיות ברורים וקריאים.
- (ה) נא לצרף מסמכים אישיים ואחרים המעידים על קבלת טיפול כנגד מחלת הגזת ומקום הטיפול.
- (ו) תמונות של המנוח מתקופת קבלת הטיפול ומתקופות אחרות הממחישות את תוצאות הטיפול עקב ההקרנות. יש לציין על גב התמונה על מס' תעודת הזהות המלא (9 ספרות) ושם התובע (משפחה ופרטי).
- (ז) צילום ברור וקריא של תעודת הזהות, כולל נספח של המנוח, התובע ושאריו.

(3) עליך למסור את טופס התביעה המלא על נספחיו אך ורק בלשכת הבריאות באזור מגוריך.

(4) לנוחיותך, רצ"ב צילום החוק.



משרד הבריאות

תביעה למענק שאירים לפי החוק לפיצוי נפגעי גזזת, ה'תשנ"ד-1994

טופס 1
[תקנה 2 (א)]

חלק א'

(1) פרטי התובע/ת

שם התובע/ת: _____ מס' ת.ז. _____

קירבה לאדם שמכוחו נתבע המענק _____ (להלן – המנוח/ה).

לתובע/ת שהיה/תה בן/בת זוגו של המנוח/ה בעת פטירתו/ה, האם נישא/ה מחדש לאחר פטירת המנוח/ה:
כן / לא (מחקי את המיותר)

כתובת: ישוב/עיר _____ רחוב _____ מס' בית _____

מס' דירה _____ מיקוד _____ מס' טלפון _____ / _____

(2) פרטי המנוח/ה

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ מס' ת.ז. _____

תאריך פטירה _____ מקום פטירה _____

(3) פרטים על הילדים

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה
_____	_____	_____	_____/_____/_____
_____	_____	_____	_____/_____/_____
_____	_____	_____	_____/_____/_____
_____	_____	_____	_____/_____/_____

(4) מס' חשבון הבנק של תובע/ת המענק

שם הבנק _____ שם הסניף _____

מס' חשבון בנק _____ כתובת סניף הבנק _____

חלק ב'

(א) למנוח/ה ניתן, למיטב ידיעתי, טיפול בהקרנה בתקופה שמיום _____ ועד יום _____ לשם טיפול במחלת הגזזת שבה חלה או לשם מניעת מחלת הגזזת, על ידי _____ ב - _____ (הגוף המטפל) _____ (המקום)

(ב) 1. המחלה שבה חלה/תה המנוח/ה כתוצאה מטיפול בהקרנות שקיבל/ה אובחנה בידי _____ בתאריך _____ (הרופא / המוסד הרפואי)

2. למיטב ידיעתי, נפטרה/ה המנוחה/ה מן המחלה: כן / לא (מחקי את המיותר)

(ג) רצ"ב מסמכים ואישורים להוכחת התביעה כמפורט להלן:

1. _____
2. _____
3. _____

- (ד) 1. אין לי כל תביעה אחרת בשל העילות המנויות בחוק, לא הגשתי תביעה לבית המשפט בשל העילות המנויות בחוק.
2. אני מצהירה/ה כי למיטב ידיעתי לא הוגשה בידי המנוחה/ה או אדם אחר תביעה לבית משפט בשל העילות המנויות בחוק.

(ה) בשל המחלה שבה חלה/תה המנוחה/ה כאמור לעיל כתוצאה מהטיפול בהקרנות שניתנו כאמור:

- הוגשה, למיטב ידיעתי, תביעה ב _____
- מס' תיק בבית משפט, נגד _____
- פסק הדין בתיק ניתן ביום _____ לפי _____
- לא הוגשה תביעה.

תצהיר התובע

אני הח"מ _____ בעל/ת ת.ז. _____ לאחר _____
שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפויה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן,
מאשר/ת בזה כי כל שנאמר בכתב תביעה זה הוא אמת.

חתימה

תאריך

אישור

אני עו"ד _____ מאשר/ת כי ביום _____ הופיעה בפני _____
שהזדהה/תה בתעודת הזהות מס' _____ ולאחר שהוזהרתי/וה כי עליו/ה להצהיר את
האמת וכי אם לא י/תעשה כן י/תהא צפויה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

חתימת וחותמת עו"ד /
מזכיר בית משפט

תאריך

נספח השלמת פרטים אישיים – תביעת שאירים

ישוב מגורים בעת עליית
המנוח

ארץ לידת
המנוח

שם פרטי קודם
של המנוח

שם משפחה קודם
של המנוח

ארץ לידת אב המנוח

שם אב קודם של המנוח

שם אב המנוח

_____ מס' טלפון נייד

← מספרי טלפון נוספים:

_____ מס' טלפון בעבודה

_____ מס' פקס

← ציין מס' תיבת דואר (במידה וקיים)

חשוב כהשלמת כתובת בפרט בישובים שבהם קיימים מרכזי חלוקת דואר באמצעות תיבות דואר.

← האם קיבל המנוח את הטיפול במחנה מעבר? לא / כן

שם המחנה: _____ שם הארץ בו נמצא המחנה: _____

← יש לציין שמות בני משפחה אשר טופלו יחד עם המנוח:

שם פרטי	שם משפחה	מס' תעודת זהות	קירבה

← באפשרותך לצרף מכתב אישי לטופס התביעה.

אני החתום מטה מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים.

_____ חתימה

_____ תאריך

