



הודעה על פגיעה בפעולות איבה ותביעה להכרה כנפגע פעולות איבה על פי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, תש"ל - 1970

יש לצרף לטופס זה

- ↔ מסמכים רפואיים המעידים על הנזק הרפואי שנגרם לך כתוצאה מאירוע האיבה.
- ↔ מומלץ לצרף דוח מרופא מומחה שמטפל בפגיעותיך.
- ↔ דו"ח מהמוסד הרפואי בו טופלת לראשונה לאחר פגיעתך באירוע איבה.
- ↔ במקרים בהם מדובר בפגיעת חרדה, יש לציין זאת בתביעה ולצרף סיכום טיפול נפשי או מסמכים מהגורמים המקצועיים המטפלים בך עקב פגיעת החרדה.
- ↔ באירוע שאינו רב נפגעים, יש לצרף אישור משטרה – "אישור הודעה על גרימת נזק/פגיעה כתוצאה מפעולת מלחמה/איבה נגד ישראל" ו/או אישורים המעידים על נסיבות פגיעתך כגון, אישור מועצה או רשות מקומית.

לידיעתך

- ↔ טיפול רפואי יש לקבל רק בשירותי הבריאות של המדינה ומוסדות ריפוי ציבוריים, כגון קופות חולים ובתי חולים. המוסד אינו מממן טיפול רפואי פרטי.
- ↔ במידה ולאחר הגשת התביעה להכרה, חשת בתסמינים נוספים, יש להודיע לפקיד התביעות ולצרף מסמכים רפואיים.
- ↔ אם מדובר בפגיעה נפשית שהיא תוצאה של רצף אירועים ביטחוניים, יש למלא טופס בל/577 ולצרפו לתביעה זו. (ראה סעיף 2 בטופס התביעה)
- ↔ אם נפגעת תוך כדי עבודתך, הינך רשאי להגיש תביעה לפגיעה בעבודה.
- ↔ 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 וברורים 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

מהי פגיעת איבה?

פגיעת איבה היא פגיעה ש"הרשות המאשרת" המתמנה על ידי שר הביטחון אישרה שהפגיעה היא פגיעת מפעולת איבה:

- פגיעה מפעולה של כוחות אויב
- פגיעה בשגגה מידי אדם עקב פעולת איבה של כוחות אויב
- פגיעה בשגגה בנסיבות שהיה בהן חשש סביר שתבוצע פעולת איבה
- פגיעה מנשק שהיה מיועד לפעולת איבה של כוחות אויב או פגיעה מנשק שהיה מיועד כנגד פעולה כזו.
- פגיעה ממעשה אלימות שמטרתו העיקרית פגיעה באדם בשל השתייכות למוצא לאומי אתני ובלבד שהוא נובע מהסכסוך הישראלי-הערבי.
- פגיעה ממעשה אלימות שמטרתו העיקרית פגיעה באדם בשל השתייכות למוצא לאומי אתני אשר נעשה בידי ארגון טרור.

על מי חל החוק?

- תושב ישראל, או אזרח ישראלי שנפגעו בפעולת איבה בישראל או באזור.
- תושב ישראל ואזרח ישראלי שטרם חלפה שנה מהמועד בו חדל להיות תושב, שנפגעו מחוץ לישראל.
- מי שנכנס לישראל כחוק (על פי אשרה או רישיון שניתנו לפי חוק הכניסה לישראל) לרבות מי שנכנס לישראל והוא פטור מהצורך באשרה או ברישיון ונפגע בשטח מדינת ישראל
- תושב חוץ שנפגע בחוץ לארץ תוך כדי ועקב עבודתו אצל מעביד ישראלי.

החזר עבור פינוי באמבולנס

מי שהיה נוכח באירוע איבה ופונה משם באמבולנס, זכאי למימון הוצאה זו על ידי הביטוח הלאומי. אם נדרשת לשלם עבור הפינוי, אתה מתבקש לפנות למחלקת נפגעי פעולות איבה בסניף הביטוח הלאומי הקרוב למקום מגוריך לקבלת החזר.

טיפול בנפגעי חרדה

למי שחש מצוקה וחרדות כתוצאה מאירוע איבה, ניתן לקבל טיפול ראשוני שאינו מותנה בהגשת תביעה להכרה. את הטיפול ניתן לקבל במרכזי חוסן ובמרפאות לטיפול בנפגעי חרדה. רשימת מרכזי החוסן והמרפאות מופיעה באתר המוסד לביטוח לאומי ובמחלקת נפגעי פעולות איבה בסניף הקרוב למקום מגוריך.

תביעה להכרה בפגיעת איבה

הגשת תביעה לקבלת תגמולים מהביטוח הלאומי עקב הפגיעה מותנית באישור הכרה של הרשות המאשרת במשרד הביטחון, שהפגיעה היא פגיעת איבה.

טיפול רפואי

אם הוכרת כנפגע בפעולת איבה, אתה זכאי למימון כל ההוצאות הרפואיות הקשורות לפגיעה. הטיפול הרפואי כולל אשפוז, תרופות, מכשירי עזר רפואיים, החלמה ושיקום רפואי.

הטיפול ניתן באמצעות שירותי הבריאות של המדינה (בתי חולים וקופות חולים ציבוריים). לקבלת הטיפולים/התרופות - אתה מתבקש לפנות למחלקת נפגעי איבה בסניף ולבקש התחייבות. ההתחייבות מותנית באישור רופא המוסד. לקבלת החזר על הוצאות רפואיות הקשורות לאירוע וששולמו על ידך - עליך לשלוח קבלות מקוריות למחלקת איבה בסניף, וסיכום מרופא מטפל הממליץ על הטיפול. החזר מותנה באישור רופא המוסד.

אם נפגעת בפעולת איבה, אנו ממליצים לך לפנות לרופא המשפחה, כדי שיפנה אותך לקבלת הטיפולים המתאימים.

בקשה לתגמול בתקופת הטיפולים הרפואיים

- אם עקב הפגיעה אינך יכול לעבוד, בשל קבלת טיפולים רפואיים או החלמה מטיפולים רפואיים, אתה עשוי להיות זכאי לתגמול בשל אובדן כושר העבודה בתקופה זו, בתנאי שלא משולם לך שכר או פיצוי אחר לאותה התקופה.
- לקבלת התגמול יש להגיש בקשה ל"תגמול טיפול רפואי" על גבי טופס בל/571 ולצרף תעודות מחלה המעידות על קשר סיבתי בין המחלה לפגיעה מאירוע האיבה. התעודות יבחנו על ידי רופא הסניף ובמידה ותעמוד בכל כללי הזכאות ישולם לך התגמול ויחושב על פי השכר החודשי שלך. במידה ולא עבדת ישולם לך סכום מינימלי הקבוע בחוק. בכל מקרה גובה התגמול לא יפחת מהמינימום ולא יעלה על המקסימום הקבוע בחוק.

תביעה לקביעת דרגת נכות

- אם בתום ההחלמה מפציעתך, אתה חש שעדיין נותרה לך פגיעה פיזית או נפשית שמגבילה אותך, באפשרותך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות (טופס בל/581) למחלקת איבה בסניף מגוריך.
- את הטופס ניתן למצוא באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי www.btl.gov.il ולהגישו 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

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

עמוד 3 מתוך 6

מס' זהות / דרכון <input type="text"/>		פיצול <input type="text"/>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
סוג המסמך <input type="text"/>	דפים <input type="text"/>			

פרטי הנפגע

1

שם משפחה <input type="text"/>		שם פרטי <input type="text"/>		מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		מספר זהות ס"ב <input type="text"/>	
תאריך לידה <input type="text"/>		מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמנ/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרוש/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור					
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות							
רחוב / תא דואר <input type="text"/>		מס' בית <input type="text"/>		כניסה <input type="text"/>		דירה <input type="text"/>	
מיקוד <input type="text"/>		יישוב <input type="text"/>					
טלפון קווי <input type="text"/>		טלפון נייד <input type="text"/>		דואר אלקטרוני: <input type="text"/> @ <input type="text"/>			
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:							
שם משפחה איש קשר <input type="text"/>		שם פרטי איש קשר <input type="text"/>		מס' זהות איש קשר ס"ב <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> 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 ישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.							
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)							
רחוב / תא דואר <input type="text"/>		מס' בית <input type="text"/>		כניסה <input type="text"/>		דירה <input type="text"/>	
מיקוד <input type="text"/>		יישוב <input type="text"/>					

פרטי הפגיעה

2

תאריך הפגיעה <input type="text"/>	שעת הפגיעה <input type="text"/>	המקום (כתובת) בו ארעה הפגיעה <input type="text"/>	עיסוק בשעת הפגיעה <input type="text"/>
תאר בפירוט כיצד נגרמה הפגיעה (אם המקום אינו מספיק נא לצרף גיליון נוסף) <input type="text"/>			
לידיעתך, 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) <input type="text"/>		מהות הפגיעה (שבר, פציעה, מכה, נפש או חרדה) <input type="text"/>	
יש לצרף מסמכים רפואיים הקשורים למגבלות שציינת			
האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלו שציינת בטבלה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט <input type="text"/>			
האם נמסרה הודעה למשטרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש לצרף אישור ולציין את תחנת המשטרה ומספר התיק <input type="text"/>			

פרטי הפגיעה - המשך

<p>האם חזרת לעבודה אחרי הפגיעה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש לציין תאריך: _____ <input type="checkbox"/> חלקית <input type="checkbox"/> מלאה</p>	<p>האם היית בשירות צבאי בעת הפגיעה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p>
<p>האם הפגיעה התרחשה בזמן העבודה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>	

3

פרטי הפגיעה והטיפול הרפואי

שם הרופא והשירות הרפואי שטיפלו בפגיעה		עזרה רפואית ראשונה הוגשה ע"י						
<p>תקופת האשפוז</p> <table border="1"> <tr> <td>עד יום</td> <td>מיום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>יום חודש שנה</td> <td>יום חודש שנה</td> </tr> </table>		עד יום	מיום			יום חודש שנה	יום חודש שנה	שם בית החולים והמחלקה (אם אושפזת)
עד יום	מיום							
יום חודש שנה	יום חודש שנה							
פרט מחלות או מגבלות מהן סבלת טרם הפגיעה:								
<p>שם הרופא המטפל</p>								
שם הרופא המטפל		קופת חולים בה אתה חבר						

4

עדים לפגיעה

שמות האנשים שנכחו בשעת הפגיעה:

שם משפחה	שם פרטי	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: _____

6

פרטי חשבון הבנק אליו יועברו התשלומים

שמות בעלי החשבון

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 מיופי כח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטיהם של השותפים בחשבון ומיופי 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 ממחושבת, 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 היא עלי להמציאם לפי דרישה.**

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

7

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 בודיעין 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 אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך _____ חתימת התובע / מקבל הגמלה ✕ _____

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי פעולות איבה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: איבה

פרטים אישיים

1

תאריך אירוע	תאריך תביעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה																							
<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>												13
שנה	חודש	יום																								
שנה	חודש	יום																								
שם פרטי		שם משפחה																								
חבר בקופת חולים																										
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____																										

הצהרה

2

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 _____ חתימת המבוטח _____ x _____