



## תביעה עפ"י חוק פיצוי לנפגעי פוליו, התשס"ז - 2007

### לידיעתך

על פי החוק זכאי לפיצוי נפגע פוליו שהוא:

- ☞ תושב ישראל היום וכל עוד הוא תושב ישראל.
- ☞ חלה בשטח ארץ ישראל לפי הסכמי שביתת הנשק הכללית משנת 1949 (בהתאם לפסק דין בג"ץ 0771/07).
- ☞ הפיצוי יינתן למי שנקבעו לו בגלל מחלת הפוליו אחוזי נכות רפואית או אחוזי מוגבלות בניידות.
- ☞ הפיצוי כולל:
  1. פיצוי חד פעמי לפי אחוזי הנכות הרפואית.
  2. מענק או קצבה לפי אחוזי הנכות הרפואית.
- ☞ לצורך הטיפול בתביעה, ייבחנו הנתונים המצויים במוסד. אם יש ברשותך מסמכים מעודכנים (שלא הועברו למוסד לביטוח לאומי), יש לצרפם לטופס.
- ☞ במידת הצורך נזמין לוועדה רפואית, וזאת לפי החלטת רופא מוסמך.
- ☞ **לתשומת לבך:** אם לא נבדקת בעבר לעניין תביעה לקצבת נכות, קצבת שירותים מיוחדים או קצבת ניידות - יש לצרף מסמכים רפואיים כדי שאפשר יהיה לקבוע לך אחוזי נכות.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- ☞ **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 וביורורים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון מס' זהות / דרכון	מס' זהות / דרכון מס' זהות / דרכון
סוג המסמך 0 0	דפים

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
אגף נכות



### תביעה עפ"י חוק פיצוי לנפגעי פוליו, התשס"ז - 2007

<b>1 פרטי התובע</b>					
שם משפחה		שם פרטי		מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	
שם האב		תאריך לידה שנה חודש יום		תאריך עלייה שנה חודש יום	
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות</b>					
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 מס' זהות / דרכון	
<input type="checkbox"/> 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.					
כתובת מגורים בזמן התפרצות המחלה: עיר _____ מדינה: _____					

<b>2 פרטים על המחלה</b>	
א. באיזו שנה חלית במחלת הפוליו? ש ה חודש	
ב. באיזה בית חולים טופלת/אושפזת?	
ג. אם לא נולדת בישראל, יש לצרף מסמכים המעידים שחלית בישראל.	

3

**פרטים על קופת החולים שאתה מטופל בה ועל רופא המשפחה**

שם קופת החולים	שם המרפאה וכתובתה
שם רופא המשפחה שלך	כתובת המרפאה

4

**רופאים נוספים המטפלים בך או טיפלו בך בעבר**

רשום את שמות הרופאים הנוספים המטפלים בך וכתובתם. אם הטיפול הוא במרפאה מקצועית או המחלקה של קופ"ח או של בית חולים – רשום את שם המרפאה או המחלקה וכתובתה. אם ידועים לך מספרי הטלפון רשום גם אותם.

1.

\_\_\_\_\_

2.

\_\_\_\_\_

5

**תביעות נוספות בגין מחלת הפוליו**

האם הגשת תביעה לפי פקודת הנזיקין?  כן  לא

האם הגשת תביעה לפי חוק ביטוח נפגעי חיסון התש"ן - 1989?  כן  לא

6

**העברת תשלומים**

התשלומים יועברו לחשבון הבנק בו משולמת קצבת הנכות או קצבת שירותים מיוחדים או קצבת הניידות  כן  לא

תשלומים שיגיעו לי אבקש להעביר לזכות חשבון הבנק כמפורט להלן:

חשבון הבנק חייב להיות על שם התובע, אפשרי שותף/ים לחשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר החשבון

החשבון מתנהל על שמות:  התובע  אחר, פרט: שם \_\_\_\_\_

יחס קרבה לתובע \_\_\_\_\_ (בן / בת זוג, בן / בת, הורה, סב, אח/ות)

שותף לחשבון הבנק, יחתום על התחייבות בסעיף 9.

7

**פרטי מגיש התביעה – ימלא כאשר התובע אינו מסוגל להגיש את התביעה בעצמו עקב מצבו הבריאותי**

שם משפחה של מגיש התביעה		שם פרטי		מספר זהות ב"ס	
רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
מיקוד		מספר פקס		טלפון קווי	
טלפון נייד		מספר פקס		טלפון נייד	

**פרטים על ייפוי כוח או צו אפטרופסות או פסק דין**

אם ברשותך אחד מהמסמכים הנ"ל ציין איזה וצרף העתק:

8

**הסכמה לקביעה בידי רופא ללא נוכחות**

אם אתה מעוניין כי אחוזי הנכות הרפואית או אחוזי המוגבלות, ייקבעו ללא נוכחותך ועל סמך מסמכים בלבד, אתה מתבקש לאשר זאת בחתימתך.  
אני מסכים בזה שהרופא יקבע את אחוזי הנכות הרפואית שלי לפי מסמכים בלבד ובלי לזמן אותי לבדיקה רפואית. ידוע לי, שלמרות הסכמתי זו יהיה עליי להתייב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ ✕

9

**הצהרת תובע או מגיש תביעה או שותף לחשבון הבנק – (למעט חבר קיבוץ או מושב שיתופי)**  
חשבון הבנק חייב להיות ע"ש התובע, אפשרי שותף/ים לחשבון

אני החתום מטה תובע פיצוי ע"פ החוק לפיצוי נפגעי פוליו לפי הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה .  
אני מצהיר בזה, כי כל הפרטים בתביעה ובצירופיה 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 בהודעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב.

(יסומן ב- ✓ כאשר עובד המוסד ממלא את טופס התביעה) כל הפרטים הרשומים בתביעה הוקראו באוזני ואני מאשר בזה כי הם מתאימים לפרטים שמסרתי בע"פ לעובד המוסד.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי בשותפים לחשבון או מיופי הכוח בחשבון, ולוודא להחתימם על טופס עדכון החשבון.

אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטיהם של השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, במהלך תקופת הזכאות לגמלה ואחריה.

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.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת התובע / או מגיש התביעה ✕ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_ (התחייבות שותף בחשבון הבנק): שם: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה ✕ \_\_\_\_\_

**התביעה לא תטופל בלי חתימתך**

**חותמת קבלה**

**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
אגף נכות



**כתב ויתור סודיות רפואית**

**שם הגמלה: פוליו**

**פרטים אישיים**

	<b>תאריך תביעה</b> 	<b>מספר זהות/דרכון</b> 	<b>קוד גמלה</b> <p style="font-size: 24px;">41</p>
שם פרטי		שם משפחה	

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, למצבי הרפואי, לטיפול שניתן לי, תוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית או כל מידע אחר שידרשו או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי על אודותיי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח ✕ \_\_\_\_\_