



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.
 - ☞ **באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר.** לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא לסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ☞ מידע נוסף, אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי 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 סוג המסמך דפים	00

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נכות



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

1 פרטי התובע					
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	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
דירה		יישוב		מיקוד	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני			
כתובת מגורים בזמן התפרצות המחלה: עיר _____ מדינה: _____					

2 פרטים על המחלה	
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? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם הגשת תביעה לפי חוק ביטוח נפגעי חיסון התש"ן - 1989? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> 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		מספר נייד	
טלפון קווי		טלפון נייד		מספר פקס	

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 להתייצב לבדיקה אם הרופא ידרוש זאת.

תאריך _____ חתימה **x** _____

9

הצהרת תובע או מגיש תביעה או שותף לחשבון הבנק – (למעט חבר קיבוץ או מושב שיתופי) לחשבון 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 לענין, 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.

תאריך _____ חתימת התובע / או מגיש התביעה **x** _____

(התחייבות שותף בחשבון הבנק): שם: _____ מספר זהות: _____

תאריך: _____ חתימה **x** _____

התביעה לא תטופל בלי חתימתך

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נכות



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: פוליו

פרטים אישיים

	תאריך תביעה שנה חודש יום	מספר זהות/דרכון 	קוד גמלה 41
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 ✕ _____