



## הודעה על פגיעה בפעולות איבה ותביעה לתגמול טיפול רפואי

### חובה לצרף לטופס זה

- ☞ מסמכים רפואיים המעידים על הנזק הרפואי שנגרם לך כתוצאה מאירוע האיבה.
- ☞ במקרים בהם מדובר בפגיעת חרדה, יש לצרף סיכום טיפול נפשי או מסמכים מהגורמים המקצועיים המטפלים בך עקב פגיעתך.
- ☞ אם אתה עובד שכיר עליך לצרף 3 תלושי שכר אחרונים, אשר קדמו לפגיעה.
- ☞ באירוע שאינו רב נפגעים, יש לצרף אישור משטרה – "אישור הודעה על גרימת נזק/פגיעה כתוצאה מפעולת מלחמה/איבה נגד ישראל".

### לידיעתך

- ☞ טיפול רפואי יש לקבל רק בשירות רפואי מוסמך, כגון קופות חולים ובתי חולים. המוסד אינו מממן טיפול רפואי פרטי.
- ☞ אתה רשאי לקבל טיפול נפשי בתופעת חרדה כתוצאה מאירוע איבה. פרטים נוספים ניתן למצוא ברשימת מרכזי הסיוע המופיעה באתר המוסד לביטוח לאומי או אצל הפקיד בסניף הקרוב למקום מגוריך.
- ☞ אם אתה מקבל טיפול נפשי כתוצאה מהאירוע, נא לציין זאת בתביעה ולצרף מסמכים עדכניים.
- ☞ במידה ולאחר הגשת התביעה אתה חש בחרדות, עליך להודיע לפקיד התביעות ולצרף מסמכים רפואיים.
- ☞ 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 מקוון באתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il), ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
  - 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 ובירורים 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

## אגרת מידע

### מהי פעולת איבה?

פעולת איבה היא פגיעה מפעולה של כוחות אויב, או פגיעה בשגגה מידי אדם עקב פעולת איבה של כוחות אויב, או 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, והכל בתנאי ש"הרשות המאשרת" המתמנה על ידי שר הביטחון אישרה שהפגיעה היא פגיעת איבה.

### על מי חל החוק?

אזרח ישראל או תושב ישראל, שנפגעו בפעולת איבה בישראל ומחוצה לה, מי שנכנס לישראל כחוק (על פי אשרה או רישיון שניתנו לפי חוק הכניסה לישראל), ונפגע בשטח מדינת ישראל או בשטחי יהודה, שומרון וחבל עזה תושב חוץ שנפגע תוך כדי ועקב עבודתו אצל מעביד ישראלי בחוץ לארץ, תושב שטחים שבידו תעודת זהות ישראלית, או תושב שטחים שבידו היתר כניסה ממפקד כוחות הצבא בשטח, שנפגעו בתחום הקו הירוק

### 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 איבה בסניף הביטוח הלאומי הקרוב למקום מגוריך לקבלת ההחזר.

### טיפול בנפגעי חרדה

הביטוח הלאומי בשיתוף עם משרד הבריאות מעניק סיוע למי שחש מצוקה וחרדות בעקבות אירוע איבה. הסיוע ניתן במרכזים מיוחדים ובמרפאות לבריאות הנפש, והוא כולל אבחון וטיפול ראשוני. מי שנזקק לטיפול יפנה לסניף הביטוח הלאומי הקרוב למקום מגוריו. הסיוע אינו מותנה בהגשת תביעה להכרה.

### תביעה להכרה בפגיעת איבה

הגשת תביעה לקבלת תגמולים מהביטוח הלאומי עקב הפגיעה מותנית באישור הכרה של הרשות המאשרת במשרד הביטחון, שהפגיעה היא פגיעת איבה. לכן, אם נפגעת בפעולת איבה עליך למלא בשלב הראשון תביעה להכרה בפגיעת איבה (טופס בל/580), בצירוף המסמכים הרלוונטיים, ולהגישה למחלקת איבה בסניף הביטוח הלאומי הקרוב למקום מגוריך. את טופס התביעה ניתן למצוא באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il). אפשר להגיש את התביעה גם בדואר או בתיבת השירות של הסניף. את התביעה יש להגיש בתוך 12 חודשים מיום הפגיעה.

### טיפול רפואי

אם הרשות המאשרת במשרד הביטחון הכירה בך 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 שירותים רפואיים מוסמכים 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 לאירוע וששולמו על ידך - עליך לשלוח קבלות מקוריות למחלקת איבה בסניף, וסיכום מרופא מטפל הממליץ על הטיפול. ההחזר מותנה באישור רופא המוסד. **אם נפגעת בפעולת איבה, אנו ממליצים לך לפנות לרופא המשפחה, כדי שיפנה אותך לקבלת הטיפולים המתאימים.**

## תגמול בתקופת הטיפול רפואי

אם עקב הפגיעה אינך יכול לעבוד, ואתה נמצא עדיין בטיפולים רפואיים (על פי תעודה רפואית מרופא מוסמך ואישור של רופא המוסד), אתה עשוי להיות זכאי לתגמול מיוחד בתקופת הטיפול, בתנאי שלא משולם לך שכר או פיצוי אחר בתקופה זו.

## תביעה לקביעת דרגת נכות

אם בתום התקופה שבה ניתן לך תגמול בתקופות הטיפול הרפואי אתה חש שעדיין נותרה לך פגיעה פיזית או רגשית שמגבילה אותך, באפשרותך להגיש למחלקת איבה בסניף תביעה לקביעת דרגת נכות (טופס בל/581). את הטופס ניתן למצוא באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il). אפשר להגיש את התביעה גם בדואר או בתיבת השירות של הסניף. את התביעה יש להגיש בתוך 12 חודשים מיום הפגיעה. תביעה שתוגש באיחור, תאושר על ידי הביטוח הלאומי לתקופה רטרואקטיבית של 12 חודשים לכל היותר לפני הגשת התביעה.

## הזמנה לוועדה רפואית

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  
לתגמול טיפול רפואי**

עמוד 3 מתוך 6

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	<b>חותמת קבלה</b>
מס' זהות / דרכון פיצול סוג המסמך דפים	

1

פרטי הנפגע					
שם משפחה	שם פרטי		מין	מספר זהות	
			<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	ס"ב _____	
תאריך לידה	מצב משפחתי				
_____	<input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> נשוא/אה	<input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> גרושה	<input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> ידועה/בצימר		
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד		דואר אלקטרוני:		
_____	_____		_____@_____		
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.					
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2

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

**פרטי הפגיעה - המשך**

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

**3**

**פרטי הפגיעה והטיפול הרפואי**

שם הרופא והשירות הרפואי שטיפלו בפגיעה	עזרה רפואית ראשונה הוגשה ע"י																																														
שם בית החולים והמחלקה (אם אושפזת)																																															
<table border="1"> <tr> <th colspan="2">תקופת האשפוז</th> </tr> <tr> <th>עד יום</th> <th>מיום</th> </tr> <tr> <td> <table border="1"> <tr> <td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td> </tr> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td> </tr> </table> </td> <td> <table border="1"> <tr> <td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td> </tr> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>		תקופת האשפוז		עד יום	מיום	<table border="1"> <tr> <td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td> </tr> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td> </tr> </table>	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום	<table border="1"> <tr> <td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td> </tr> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td> </tr> </table>	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום
תקופת האשפוז																																															
עד יום	מיום																																														
<table border="1"> <tr> <td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td> </tr> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td> </tr> </table>	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום	<table border="1"> <tr> <td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td><td>יום</td> </tr> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td>יום</td> </tr> </table>	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום						
יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום																																						
יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום																																						
יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום	יום																																						
יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה	יום																																						
פרט מחלות או מגבלות מהן סבלת טרם הפגיעה: _____																																															
שם הרופא המטפל	קופת חולים בה אתה חבר																																														

**4**

**עדים לפגיעה**

<u>שמות האנשים שנכחו בשעת הפגיעה:</u>		
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: \_\_\_\_\_

א.  משולמת לי גמלה לפי אחד או יותר מן החוקים הבאים:

<input type="checkbox"/> חוק שירות הקבע בצבא הגנה לישראל (גימלאות) תשי"ד - 1954 בסך _____ ש"ח לחודש	<input type="checkbox"/> חוק נכי המלחמה בנאצים תשי"ד - 1954 בסך _____ ש"ח לחודש
<input type="checkbox"/> חוק נכי רדיפות הנאצים תשי"ז - 1957 בסך _____ ש"ח לחודש	<input type="checkbox"/> חוק שירות המדינה (גימלאות) תשט"ו - 1955 בסך _____ ש"ח לחודש

ב.  לא משולמת לי אף אחת מהגמלאות המוזכרות לעיל.

**פרטים על הכנסת הנפגע (נא לצרף תלושי שכר/אישורים מתאימים)**

עובד שכיר  עובד עצמאי  אינו עובד

**עיסוק התובע ב - 3 החודשים שקדמו ליום הפסקת העבודה**

לביקורת ע"י המוסד	שכיר - שם המפעל או המעביד וכתובתו עצמאי - שם העסק וכתובתו	השכר שקיבל בש"ח (נטו - לאחר ניכוי מס הכנסה)	מספר ימי עבודה	תקופת העבודה	
				מיום	עד יום

האם קיבלת או הנך מקבל שכר או פיצוי בעת אי-כשרך לעבודה?  לא  כן (צרף תלושים לתקופת האי-כשר)  
 האם קיבלת שכר בעד יום הפגיעה?  לא  כן

**פרטי חשבון הבנק אליו יועברו התשלומים**

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 יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם השותף: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_

**הצהרה**

אני החתום מטה תובע תגמול טיפול רפואי לנפגעי פעולות איבה, ומצהיר 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.

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> <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 אודותיי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח x \_\_\_\_\_