המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי פעולות איבה

בל/ 571

בקשה לתגמול טיפול רפואי
ע"פ תקנות התגמולים לנפגעי פעולות איבה (פיצוי בעת טיפול רפואי), תש"ל 1970

יש לצרף לטופס זה

- תעודת מחלה / תעודת אי כושר לעבוד באופן מלא או חלקי מרופא מטפל, שצריכה לכלול את תקופת המנוחה המומלצת ואת הממצאים הרפואיים והתפקודיים הקובעים שאינך כשיר לעבודה, בשל קבלת טיפול רפואי או החלמה מטיפול **הנובע מפגיעת האיבה**.
  תעודת מחלה/ תעודת אי כושר לעבוד באופן חלקי מתבטאת בהמלצת מנוחה למספר שעות ביום.

- תעודה המחלה יכולה להיות מגורם מקצועי המטפל בפגיעתך או מרופא מטפל בשירותי הבריאות של המדינה, כגון רופא בקופ"ח, רופא בבית חולים. ניתן להגיש סיכום ביניים בתקופת אשפוז או תעודת שחרור מאשפוז עם המלצת מנוחה.

- אישורים על הכנסות:
  לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה, אנו נפנה למעסיקך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מתנגד לכך או שלא נקבל מידע על הכנסותיך, יהיה עליך להציג 3 תלושי שכר שקדמו לתקופת המחלה/ תקופת אי הכושר לעבודה מכל אחד ממעסיקיך בתקופה זו.

לנפגע בעל הכנסות כעצמאי: שומה של שנה שקדמה לתקופת המחלה ושומה של השנה בה הינך תובע תגמול טיפול רפואי.

שים לב: באם מדובר בתקופת המשך (ברצף) לבקשה קודמת לתגמול טיפול רפואי **אין צורך** למלא בשנית את סעיף 5 ואין צורך להגיש שוב מסמכים על הכנסותיך טרם ההזדקקות לתגמול זה.

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 ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט.www.btl.gov.il .

<u>חובה לחתום על טופס התביעה</u>

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

אגרת מידע

מידע כללי:

- תגמול עבור טיפול רפואי (תט"ר) נועד לפצות נפגע איבה מעל גיל 14, שאיבד את כושר השתכרותו **בעת קבלת טיפולים רפואיים או החלמה מטיפולים רפואיים**, הנובעים מפגיעת האיבה, ובתנאי שלא משולם לו שכר או פיצוי אחר לאותה התקופה. בדרך כלל יהיה התט"ר קצר מועד לתקופה הסמוכה לפציעה מפגיעת האיבה.

- תשלום תט"ר יבוצע על סמך תעודה רפואית. התעודה הרפואית צריכה לכלול את תקופת המנוחה המומלצת ואת הממצאים הרפואיים והתפקודיים הקובעים שהנפגע אינו כשיר לעבודה, בשל קבלת טיפול רפואי או החלמה מטיפול **הנובע מהפגיעה**.

- רופא הביטוח הלאומי יבחן אם תקופת האי כושר והאבחנה קשורות לפגיעה, ובמידה ותעמוד בכל כללי הזכאות ישולם לך התגמול.

- התגמול ישולם גם לאדם שלא עבד לפני תקופת האי כושר לעבוד / ההחלמה מטיפולים. לגבי אדם שעבד לפני פגיעתו, תגמול זה מהווה תחליף להכנסה מעבודה או מעסק.

חשוב לדעת:

- אם אתה לא עובד בתקופת המחלה/החלמה והמשכת לקבל שכר ממעסיקך, נוכל לבדוק את האפשרות לשלם למעסיקך התגמול והוא ישולם לו בכפוף למילוי דרישה להחזר. המעסיק יכול לבקש גם החזר בעבור התשלומים שהפריש לטובתך להטבות סוציאליות בתקופת היעדרותך מהעבודה / תקופת האי כושר. טופס דרישה והצהרת המעסיק מצורף בעמוד 7 .

- אם נקבעה לך דרגת נכות, ורופא תעסוקתי קבע כי נמנע ממך לעבוד בהיקף משרה מלאה למשך זמן **ממושך** בשל מצבך הרפואי **ונכותך** ואתה יכול לעבוד בהיקף משרה חלקית בלבד, ניתן לבחון זכאותך לתגמול טיפול רפואי חלקי בשל מצב רפואי מתמשך, המזכה בתוספת קצבה לתגמול הנכות.
- לבחינת זכאותך יש להגיש בקשה באמצעות טופס בל/ 572

- על פי חוק, לא ישולם התגמול לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשת התביעה.

גובה התגמול:

- אם לא עבדת לפני תקופת המחלה / ההחלמה מטיפולים רפואיים, ישולם לך תגמול בסכום מינימלי הקבוע בחוק.

- אם עבדת לפני תקופת המחלה / ההחלמה מטיפולים רפואיים, התגמול יחושב וישולם על פי השכר החודשי שלך ובכל מקרה לא יפחת מהמינימום ולא יעלה על המקסימום הקבועים בחוק.

- אם אתה עצמאי, ישולם לך בשלב ראשון תגמול על פי המינימום הקבוע בחוק. בתום השנה, תוכל להציג שומות ממס הכנסה ואנו נבחן את שיעור הירידה בהכנסותיך בשנה של תקופת המחלה / האי כושר להשתכר, בהשוואה לשנה שקדמה לה. גובה התגמול לו תהיה זכאי יהיה מבוסס על הפרש בין ההכנסות על פי 2 השומות. בכל מקרה גובה התגמול לו תהיה זכאי לא יפחת מהמינימום הקבוע בחוק (ששולם לך בשלב ראשון) ולא יעלה על המקסימום ליום הקבוע בחוק.

- בעת תקופת אשפוז מעל 14 ימים, זכאותך לתגמול תופחת ל- 75% מהתגמול היומי בעד טיפול רפואי (במידה והינך רווק וללא ילדים).

- באי כושר חלקי/היעדרות חלקית מהעבודה, הזכאות לתגמול תהיה בהתאם למספר שעות אי הכושר/ שעות ההיעדרות מהעבודה.

תביעה לקביעת דרגת נכות

- אם בתום ההחלמה מפציעתך, אתה חש שעדיין נותרה לך פגיעה פיזית או רגשית 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 באופן מקוון, 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

בקשה לתגמול טיפול רפואי

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

1 פרטי הנפגע

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות ס"ב
		☐ זכר ☐ נקבה	

תאריך לידה	מצב משפחתי
	☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה ☐ פרוד/ה ☐ נשוי/אה ☐ גרוש/ה ☐ ידוע/ה בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

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 ס"ב

☐ 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 יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2 פרטי הנפגע ותקופות אשפוז:

תאריך הפגיעה:	☐ עובד שכיר ☐ עובד עצמאי ☐ אינו עובד
שם בית החולים והמחלקה (אם אושפזת)	תקופת האשפוז: מיום (שנה חודש יום) / עד יום (שנה חודש יום)
קופת חולים בה אתה חבר	שם הרופא המטפל
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____	

3 בקשה לתט"ר לתקופות המפורטות

מתאריך	עד תאריך

האם קיבלת שכר בעד יום הפגיעה? ❑ לא ❑ כן

האם מעסיקך שילם לך "פיצוי/ימי מחלה" בגין מלחמת חרבות ברזל בתקופה זו? ❑ לא ❑ כן
במידה ושולם לך פיצוי מלחמה, נא לפרט את הסכומים בחלק המיועד לכך בדף האחרון בטופס.

האם קבלת פיצויים לפי פקודת הנזיקין בגין פגיעה זו? ❑ לא ❑ כן, ציין ממי ושם עורך הדין שלך:
_____

4 הצהרת שכיר

אני מצהיר בזאת כי:

1. הנני מבקש תגמולים עקב החלמה או הזדקקות לטיפול רפואי לפי תעודת המחלה המצורפת.
2. ❑ בתקופות שצוינו לעיל נעדרתי מהעבודה בשל החלמה מפגיעתי.
   ❑ בתקופות שצוינו לא עבדתי ___ שעות ביום בשל החלמה מפגיעתי.
3. אני מתחייב להודיע במידה ואחזור לעבודה.
4. לא שולם לי שכר או פיצוי אחר בעבור היעדרותי מהעבודה בתקופות שצוינו לעיל, למעט הפיצויים שפורטו בסעיף 3 לעיל.
5. ידוע לי שאם קיבלתי שכר בתקופת היעדרותי מהעבודה עקב הזדקקותי לטיפול רפואי, הזכאות תועבר למעסיקי בכפוף למילוי טופס דרישתו להחזר (רצ"ב טופס דרישה בעמוד 7)

תאריך: _____ חתימת המצהיר ✘ _____

5 פרטים על הכנסת הנפגע (נא לצרף תלושי שכר/אישורים מתאימים) – אין למלא סעיף זה אם מדובר בבקשת עצמאי

<u>עיסוק שכיר ב – 3 החודשים שקדמו ליום הפסקת העבודה</u>

תקופת העבודה		שם המעסיק ומס' תיק ניכויים (מתלוש השכר)	שם המעסיק ומס' תיק ניכויים (מתלוש השכר)	שם המעסיק ומס' תיק ניכויים (מתלוש השכר)	מס' נקודות זיכוי למס הכנסה
מיום	עד יום				

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מתנגד לכך עלייך לסמן את ההצהרה הבאה:

❑ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותיי.

ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

6 הצהרת עצמאי

אני מצהיר בזאת כי:

1. הנני מבקש תגמולים על ביטול ימי עבודה, עקב הזדקקותי לטיפול רפואי לפי תעודת המחלה המצורפת.
2. בתקופות שצוינו לעיל עבדתי / לא עבדתי __ שעות ביום בעסקי , או בכל עיסוק אחר.
3. אני מתחייב להודיע במידה ואקדים חזרתי לעבודה.
4. ידוע לי שגובה התגמול לו אהיה זכאי יקבע על פי שיעור הירידה בהכנסתי בשנה בה נזקקתי לתגמול טיפול רפואי בהשוואה להכנסתי בשנה שקדמה לה. שיעור הירידה בהכנסתי יקבע על ידי השוואת 2 שומות ובכל מקרה לא יפחת מהמינימום הקבוע בחוק. על מנת לקבוע את שיעור הירידה בהכנסתי יהיה עלי להציג בפני פקיד תביעות שומות מאת שלטונות המס של השנים הנבחנות.

תאריך: _____ חתימת המצהיר ✘ _____

7 גמלאות ופיצויים מכוח חוקים אחרים

לצורך חישוב זכאותך אנא פרט האם אתה מקבל או קיבלת תשלום או תגמול:

ממשרד הביטחון ❑ לא ❑ כן, פרט: _____

ממשרד האוצר ❑ לא ❑ כן, פרט: _____

מהתגמול טיפול רפואי ינוכו: גמלת נכות לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, גמלאות לפי חוק הביטוח הלאומי, חוק נכי המלחמה בנאצים, חוק נכי רדיפות הנאצים ופנסיה משירות קבע בצה"ל או משירות המדינה.

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

❑ חוק נכי המלחמה בנאצים תשי"ד - 1954 בסך _____ ש"ח לחודש

❑ חוק נכי רדיפות הנאצים תשי"ז - 1957 בסך _____ ש"ח לחודש

❑ פנסיה לפי חוק שירות המדינה (גימלאות) תשט"ו - 1955 בסך _____ ש"ח לחודש

❑ פנסיה לפי חוק שירות הקבע בצה"ל (גימלאות) תשי"ד – 1954 בסך _____ ש"ח לחודש

ב. ❑ לא משולמת לי אף אחת מהגמלאות המוזכרות לעיל.

8 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 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 לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטיהם של השותפים בחשבון ומיופה הכח, במהלך תקופת הזכאות ואחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם הביטוח הלאומי יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור לביטוח הלאומי את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי הביטוח הלאומי יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך **אימות בעלותי בחשבון הבנק** כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור לביטוח לאומי את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. **לחילופין, ידוע לי כי הביטוח הלאומי 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 ✘ _____

9 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 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.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך לביטוח לאומי.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג׳ הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת www.btl.gov.il > יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות.

אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

❑ **אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.**

תאריך_____ חתימת התובע / מקבל הגמלה ✘ _____

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי פעולות איבה
כתב ויתור סודיות רפואית

חותמת קבלה

שם הגמלה: איבה

1 פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך תביעה	תאריך אירוע
13		שנה חודש יום	שנה חודש יום
שם משפחה		שם פרטי	

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____

2 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, 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 ✘ _____

דרישת והצהרת מעסיק

לכבוד:
פקיד תביעות
מחלקת נפגעי פעולות איבה
סניף_____

1 פרטי העסק

שם המעסיק	מס' תיק ניכויים

פרטי חשבון בנק **(יש לצרף אסמכתא מהבנק לאימות פרטי חשבון הבנק)**

שם הבנק	שם הסניף/כתובת	מס' סניף	מס' חשבון

כתובת

רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

2 פרטי הנפגע

שם משפחה	שם פרטי	מין	תאריך הפגיעה	מספר זהות ס"ב
		❑ זכר ❑ נקבה	___/___/___	

טלפון של איש קשר

אנו מאשרים שהעובד נעדר מעבודתו ושולם לו שכר בתקופות המפורטות מטה:

מתאריך	**עד תאריך**

3 הצהרה

אנו מאשרים כי העובד נעדר מעבודתו בשל אי כושר לעבודה כתוצאה מפגיעת האיבה בתאריכים שפורטו לעיל. שכר עבודה עבור ימים אלו שולם על ידינו.
❑ בעבור התקופות שפורטו לעיל **לא התקבל** תשלום ממשרד האוצר כ"פיצוי מלחמה" עבור עובד זה.
❑ בעבור התקופות שפורטו לעיל **התקבל** תשלום ממשרד האוצר כ"פיצוי מלחמה" עבור עובד זה, כמפורט בדף המיועד לכך בדף האחרון בטופס.
ידוע לנו כי החזר השכר יעשה על פי ממוצע השכר הרגיל של הנפגע 3 חודשים טרם הזדקקותו לתגמול.
במידה ושולם שכר על חשבון ימי מחלה / חופשה העובד יזוכה עם קבלת הדרישה להחזר מביטוח לאומי.
אנו מבקשים החזר בעבור סכומים ששולמו על ידינו לטובת הנפגע עבור הטבות סוציאליות בתקופת האי כושר לעבודה. הננו מצהירים שנתוני השכר ונתוני ההעברות בגין התנאים הסוציאליים שמפורטים מטה הינם על פי תלושי השכר של העובד בתקופות היעדרותו מהעבודה. (מצ"ב תלושי השכר לתקופות הללו).

את סכום הדרישה יש להעביר לפקודת_____ לפי פרטי החשבון הרשומים לעיל.

תאריך:_____ שם מלא ותפקיד בחברה:_____ חתימה וחותמת ✘_____

4 פרוט השכר והתשלומים ששולמו בגין תנאים סוציאליים לכל חודש (חוד מלא)

פרטי הנפגע

שם משפחה	שם פרטי	מין ❑ זכר ❑ נקבה	תאריך הפגיעה ___/___/___	מספר זהות ס"ב

חודש	שכר ברוטו	סכום	בטל"א	ק. פנסיה	ק. פיצויים	ק. השתל'	אחר
		ב – ₪					
		ב- %					
		ב – ₪					
		ב- %					
		ב – ₪					
		ב- %					
		ב – ₪					
		ב- %					

סכומים ששולמו כ"פיצוי מלחמה"

למילוי ע"י המעסיק או התובע

פרוט סכומים ששולמו כ"פיצוי מלחמה" (מלחמת חרבות ברזל), בעבור התקופות המפורטות

תקופת העבודה		סכום בש"ח	הערות
מתאריך	עד תאריך		