

עמוד 2 מתוך 4

ג. פרטים על תביעה לפיצויי נזיקין מצד שלישי

אם נכותך נגרמה כתוצאה מתאונה? ("תאונה" - תאונת דרכים או אחרת הנגרמת עקב רשלנות הזולת, תקיפה וכדומה)		
1. <input type="checkbox"/> לא (עבור לסעיף הבא) <input type="checkbox"/> כן - השלם הפרטים שלהן		
2. <input type="checkbox"/> תאונת דרכים	3. <input type="checkbox"/> תאונה אחרת	מקום אירוע התאונה
תאריך התאונה		
האם נמסרה הודעה למשטרה		
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, לתחנת המשטרה ב- מספר תיק _____		
האם הגשת או הינך עומד להגיש תביעה לפיצויי נזיקין		
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, הנתבע הוא _____ תאריך הגשת התביעה _____		
שם עורך הדין המייצג אותך בתביעה _____		
מענו _____ מס' טלפון _____		
האם קיבלת פיצויי נזיקין בגין התאונה		
<input type="checkbox"/> טרם קיבלתי <input type="checkbox"/> קיבלתי פיצויים מ- _____ בתאריך _____		

ד. פרטים על הנכות והאישפוזים

פרטים על הליקויים (מחלות / מומים) והטיפול הרפואי (רשום את כל הליקויים בגללם נפגע כושרך לעבוד / לעקרת- בית לתפקד במשק הבית)

הליקוי (המחלה / המום) (תיאור מלא של הליקוי)	תאריך תחילת הליקוי	החמרה - לאחר תחילת הליקוי אם כן - ממתני? אם לא - ציין "לא"	נסיבות הוצרות הליקוי שירות בטחוני, פגיעה בעבודה, פעולת איבה/ספר, מלחמה ורדיפות הנאצים, אסירי ציון, אחר (פרט):	טיפול רפואי - ציין שם בית החולים
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

עמוד 3 מתוך 4

ה. הכנסות התובע
היום וב- 12 החודשים האחרונים (צרף אישורים)

ב- 12 החודשים האחרונים	היום	ההכנסות ומקורותיהן	
		מעבודה (יש/אין)	
		פנסיה ממקום העבודה אם יש - רשום את שם הגורם המשלם ומענו	
		קיצבה / רנטה מחו"ל (כן / לא)	
		משרד הביטחון אם יש - רשום מס' התיק	עפ"י חוק אחר קיצבה / תגמול
		משרד האוצר אם יש - רשום סוג הגימלה ומס' התיק	
		מצה"ל	תמיכה (כן/לא)
		הסוכנות היהודית	
		גורם ציבורי אחר אם יש פרט שם ומען	
		גימלאות מביטוח לאומי (כן/לא)	
		רכוש / שכ"ד / ריבית / דיוידנד קרנות - גמל, ביטוח חיים (רשום איזה, וסכום חודשי בש"ח היום)	
		האם משותף לשני בני-הזוג (כן / לא)	

פרט גימלאות ביטוח לאומי המשולמות לך היום או ב- 24 החודשים האחרונים: _____

האם נקבעו לך בעבר אחוזי נכות 20% או יותר בגין פגיעה בעבודה? כן לא

למילוי על-ידי סניף המוסד לביטוח לאומי

הדווח הוא O.L ע"ב מסך 112 בשאלתא 24

מספר זהות: _____

הקש 17 - PF לפתיחת חלון הזרמה _____

טופס 50 _____

תאריך קבלת התביעה _____

אומת על-פי: _____

תעודת זהות התובע

נתונים מאומתים בתיק תביעה

נכות מתאונה _____

תאריך התאונה _____

פקיד התביעות _____

חתימה _____

הקש 13 - PF כשתווין ממוקם
בשדה המבוקש לפתיחת חלון קודים

ו. פרטי בנק

תשלומים שייגעו לי אבקש להעביר לזכות חשבוני בבנק כמפורט להלן:

שם הבנק _____ שם הסניף _____ מען הסניף _____

מספר החשבון _____ החשבון מתנהל על-שם: התובע אחר, פרט: _____

אני החתום מטה תובע גמלת שר"מ ומצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמשירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עבירה 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 זכותי לגמלה או על יצירת חוב ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי תוך 30 יום כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

ידוע לי כי לצורך בדיקת זכאותי לשירותים מיוחדים, יהיה עלי להיבדק מחדש לעניין אחוזי נכותי הרפואיים, וכי אלה עשויים להשתנות (לרבות הפחתתם) בעקבות בדיקה זו.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבונני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

חתימה X _____

תאריך _____ חתימת התובע X _____

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע רשום ↓ _____

חתום גם על שלושה טפסי ויתור סודיות



 **המוסד לביטוח לאומי**

סניף _____

לכבוד _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, מס' זהות _____

בעל פנקס חבר מספר _____ שם האב _____

הגר ב- _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי. תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

חתימה X _____

 **המוסד לביטוח לאומי**

סניף _____

לכבוד _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, מס' זהות _____

בעל פנקס חבר מספר _____ שם האב _____

הגר ב- _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי. תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

חתימה X _____



 **המוסד לביטוח לאומי**

ביטוח נכות

סניף _____

לכבוד _____

מספר תיק במוסד _____

קידומת ב"ל	גימלה ס"ב	מספר זהות	סי'ב

אישור קבלת תביעה לקיצבת שרותים מיוחדים

הרינו לאשר בזאת שקיבלנו את תביעתך לקיצבת שרותים מיוחדים. הרינו להביא לידיעתך כי הטיפול בתביעה הוא מורכב וממושך ואנו מבקשים שיתוף פעולה מצידך לתשומת לבך - עליך להודיענו מיד ובכתב על כל שינוי שיחול לגבי הפרטים שמסרת עליהם בטופס התביעה.

בכבוד רב,

תאריך _____

פקיד תביעות

 **המוסד לביטוח לאומי**

סניף _____

לכבוד _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, מס' זהות _____

בעל פנקס חבר מספר _____ שם האב _____

הגר ב- _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי. תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

חתימה X _____

