

**משרד הביטחון/אגף שיקום נכים**

**דף הסבר להגשת  
תביעה בגין חבלה**



**ג. החבלה**

|                                    |            |             |              |              |      |     |  |
|------------------------------------|------------|-------------|--------------|--------------|------|-----|--|
| פרטי השירות במהלכו נפצעה           | סוג השירות | פרטי היחידה | תפקיד ביחידה | תקופת השירות | דרגה | חיל | לציון: בשרות/חופשה המקום בו ארעה החבלה |
| פרטי מפקדך הישיר בתקופת החבלה..... |            |             |              |              |      |     |  |

תאור החבלה + תאריך החבלה  
 (פרט בצורה מלאה ומדוייקת את העובדות והשתלשלות העיניים הקשורים לחבלה. מקום החבלה בגוף, טיפול רפואי ופרטים לגבי התופעות מהן סבלת או הנך סובל). (אם המקום אינו מספיק, נא צרף דף נוסף).

יש לצרף אישור היחידה בה נפגעת

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| * האם מולא דו"ח פציעה       | * האם התנהלה חקירה  |
| לא <input type="checkbox"/> | לא <input type="checkbox"/>                                     |
| כן <input type="checkbox"/> | כן, ע"י <input type="checkbox"/> מקום החקירה..... מס' התיק..... |

**במקרה של תאונת דרכים**

|   |   |   |
|---|---|---|
| * כלי הרכב ומספרו בו נסעתי או נהגתי                 | * הולך רגל לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>                          | * האם הוגשה תביעה לחברת ביטוח לפי חוק הפיצויים. |
| <input type="checkbox"/> ליסינג משהב"ט / צה"ל (סמן) | * בתאונה היה מעורב רכב נוסף   | לא <input type="checkbox"/>                     |
| <input type="checkbox"/> מס' רכב אזרחי.....         | כן מס' <input type="checkbox"/>   | כן, לחברה <input type="checkbox"/>              |
| <input type="checkbox"/> מס' רכב צבאי.....          | אזרחי <input type="checkbox"/> צבאי <input type="checkbox"/> משטרת <input type="checkbox"/> | וכתובתה.....                                    |

**עדים היכולים להעיד על נסיבות החבלה:** \* לא  כן ופרטיהם:

| שם משפחה | שם פרטי | ת. זהות או מספר אישי | כתובת אזרחית | ד.צ. | תפקיד          |
|----------|---------|----------------------|--------------|------|----------------|
|          |         |                      |              |      | 1. המפקד הישיר |
|          |         |                      |              |      | 2. עד לאירוע   |
|          |         |                      |              |      | 3. חבר ליחידה  |
|          |         |                      |              |      | 4. עדים נוספים |

\* אי ציון שמות עדים משמעו שאין עדים לארוע.

**מוסדות רפואיים בהם טופלתי לרבות מרפאות מקצועיות**

| שם המוסד הרפואי | חדר מיון | אשפוז | מרפאה | תאריכי טיפול מ- עד | שם הרופא המטפל |
|-----------------|----------|-------|-------|--------------------|----------------|
|                 |          |       |       |                    |                |
|                 |          |       |       |                    |                |
|                 |          |       |       |                    |                |

**מסמכים/אישורים המצורפים לביסוס תביעתי:**

|       |  |
|-------|--|
| ..... | * 1. דו"ח פציעה <input type="checkbox"/>   |
| ..... | 2. אישור מחלה <input type="checkbox"/>     |
| ..... | 3. מסמכים רפואיים <input type="checkbox"/> |

אני עובד במשרד הביטחון כן  / לא . אם כן היכן אתה עובד.....

אני קרוב משפחה של עובד המשרד כן  / לא . ציון קרבה.....

**ד. הצהרה**

הנני מצהיר בזה כי הפרטים שמסרתי לעיל הם לפי דעתי נכונים ומלאים וכי המצאתי כל המסמכים שנרשתי הקשורים בתביעה זו וידוע לי שאהיה צפוי לעונש בהתאם לחוק בעד מסירת ידיעה כוזבת.

תאריך..... השם המלא של החותם..... חתימה.....

## כתב ויתור על סודיות

השם: \_\_\_\_\_ הכתובת: \_\_\_\_\_  
מספר תעודת זהות: \_\_\_\_\_ חבר בקופת חולים: \_\_\_\_\_  
מרפאה: \_\_\_\_\_ שם רופא המשפחה: \_\_\_\_\_  
מ.א. בצה"ל: \_\_\_\_\_

אני הח"מ מבקש בזה מאת קופת חולים ומאת כל רופא, פסיכולוג, עובד רפואי, המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו, כל עובד של המוסד לביטוח לאומי, כל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי, בתי חולים, שלטונות צה"ל, מוסד שיקומי, לשכה לשירותי רווחה, מוסדות חינוך, "מבטחים", ו/או כל גוף אחר כל שהוא, למסור למשרד הביטחון, ליועץ המשפטי לממשלה ו/או נציגיו ו/או מי מעובדיו ו/או פקידי ו/או חוקריו ו/או מי מטעמו (להלן: המבקש) בהתאם לבקשתו ומזמן לזמן, את כל הפרטים והמסמכים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרוש המבקש, על מצבי הבריאותי ו/או הנפשי ו/או הסוציאלי ו/או הכלכלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או החינוכי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה, חלילה, בעתיד וכל מידע לגבי שכרי, הכנסותי, זכויותי, ותגמולי בעבר, בהווה ובעתיד. הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם וכל עובד מעובדיכם וכל עובד רפואי ו/או עובד אחר ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים, כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטרים ו/או שיקומיים ו/או כל סניף מסניפיכם ו/או כל מוסד חינוכי ו/או כל רשות מס ו/או כל מוסד אחר ו/או מקומות עבודתי מחובת שמירה על סודיות רפואית וכללית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי ו/או ו/או מצבי הנפשי ו/או מצבי הסוציאלי ו/או הכלכלי ו/או מצבי בתחום החינוכי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או עבודתי והכנסותי וזכויותי ותגמולי ומתיר לכם בזאת מתן מידע מכל תיק ו/או קובץ שנפתח על שמי בכל מוסד ממוסדותיכם, כולל המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם, משלם וישלם לי, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם/הם כל טענה ו/או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

אני מודע לכך שבכל התיעוד שיועבר על ידכם ייעשה שימוש בהליך המשפטי שאני מנהל מול מדינת ישראל, ואני מבקש כי התיעוד המצוי בידיכם יועבר בשלמותו לנציגי המדינה, כמפורט לעיל.

**ולראיה באתי על החתום:**

\_\_\_\_\_ חתימה

עד לחתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: יום \_\_\_\_\_ לחודש \_\_\_\_\_ שנת \_\_\_\_\_

דף הסבר לטופס

חבלה

הטוען כי נחבל או חלה בזמן ועקב שירותו הצבאי, בשירות חובה, קבע, מילואים, משטרה, שירות בתי הסוהר, או שירות ביטחוני אחר - רשאי להגיש בקשה להכרת זכותו זו לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) תשי"ט 1959 (נוסח משולב).

טופס זה מיועד למילוי במקרה של חבלה. במידה שמדובר במחלה יש למלא טופס בקשה המתייחס למחלה

הקדמה:

לפני המילוי עליך לקרוא בעיון את דף ההסבר במלואו. את הטופס יש למלא ב-3 העתקים, בעט ובכתב יד ברור. אם המקום המיועד בטופס צר מלהכיל את כל הפרטים יש לצרף דף נוסף ב-3 העתקים.

חלק א' פרטים אישיים

מלא פרטים מלאים כפי שרשומים בתעודת הזהות. ציין מספר אישי צבאי כפי שמופיע בתעודה צבאית. שוטרים, סוהרים, שב"כ ומשרד ראש הממשלה ירשמו בנוסף למספרם האישי מ.א. צבאי. רשום באיזו קופת חולים הינך חבר, וכן ציין תאריך הצטרפותך לקופה. רשום קופת חולים קודמת בה היית חבר, אם קיימת קופת חולים נוספת ציין פרט זה. חייל בשירות חובה או קבע ימלא פרטי קופת חולים קודמת בה היה חבר.

חלק ב' - פרטים אודות השירות

ציין פרטים על שירות החובה כיום או בעבר (כולל אנשי קבע, שוטרים וסוהרים), במידה ולא שירתת שירות חובה ציין זאת בסעיף זה.

חלק ג' - החבלה

מלא את פרטי השירות שבמהלכו נפצעת. חשוב! מלא את פרטי מפקדך הישיר באותה תקופה.

תאור החבלה:

אם המקום המיועד בחלק זה אינו מספיק, הוסף דף נוסף ב-3 עותקים. אם הפציעה נבעה מתאונת דרכים מלא סעיף זה במלואו.

עדים לארוע:

חובה למלא סעיף זה. באם לא היו עדים סמן X במשבצת המתאימה.

מוסדות רפואיים בהם טופלת:

הקפד לציין את שם המוסד הרפואי הראשוני בו טופלת מיד לאחר הפציעה. במידה וקבלת טיפול רפואי ראשוני בשטח, ציין פרטים מלאים על המשך הטיפול הרפואי במוסדות השונים בציין תאריכים.

חלק- ד' - הצהרה

לאחר שמלאת את כל הפרטים קרא בתשומת לב את ההצהרה וחתום את שמך במקום המתאים.

טופס לא חתום או שלא מולאו בו כל הפרטים הנדרשים יוחזר!

אבקשך למלא הטופס בדיוקנות, לחתום על הטופס וכן על טופס ויתור סודיות רפואית ולצרף החומר הדרוש לפי הפרוט הרצ"ב.

1. דוחו"ת פציעה ו/או אישור עובדתי בכתב מהיחידה, אשר יעיד על נסיבות פציעתך.
2. תצהיר בשבועה מפורט מעו"ד או בית-משפט אשר יעיד על נסיבות פציעתך במידה ואינך מצרף דוחו"ת פציעה או אישור מהיחידה לנסיבות החבלה.
3. מסמכים רפואיים המעידים על מצבך הרפואי טרם החבלה – אישור מרופא המטפל בקופת-חולים כולל רופאים מקצועיים, במידה וטופלת בגין אותה פגימה.
4. סיכומי מחלה / חדרי מיון מבתי-חולים / ביקור במרפאה מקצועית/ צבאית.
5. דו"ח רפואי מפורט המעיד על מצבך כיום מהרופא המטפל.
6. צילום ת.ז. עם התמונה (ללא הספח).
7. צילום רשיון נהיגה. (במקרה ת.ד. בה הנהג הוא התובע)

**המצאת החומר על-ידך עשויה לזרז ולקדם את ענייך,  
ולקצר זמן המתנה לקבלת חומר עקב פניה שלנו.**

# יש למלא דף זה

מוקד טלפוני אגף שיקום 03-7776777

## רחובות:

רח' מרשוב 5, מיקוד 76448

## חיפה:

רח' המלך דוד 44, מיקוד 35421

## באר שבע:

רח' סוקולוב 14, מיקוד 84288

## תל אביב:

דרך יעקב דורי ת.ד. 931  
קרית אונו מיקוד 55108

## טבריה:

ת.ד. 773 דרך הציונות (בנין המשטרה)

## דן:

דרך יעקב דורי ת.ד. 928  
קרית אונו מיקוד 55108

## כתובת למסירת הטפסים

אגף שיקום נכים - משרד הביטחון  
רח' דוד אלעזר 18, הקריה תל-אביב  
טל. 03-6975827  
או לכתובת הבאה באזור מגוריך:

## כתובת מחוז:

### ירושלים:

בית הטיילת

רח' בית"ר 2 מיקוד 93386