



נספח ג' –

הצהרה לעניין מגבלות רפואיות

הריני מצהיר כדלקמן:

1. סיבת הנכות אשר בגינה הנני מבקש לעמוד בפני וועדה רפואית:

א. הנכות הינה תוצאה של (יש לסמן ב-X):

- ☐ מחלה ☐ מחלת מקצוע (מחלה שנגרמה בשל
 עבודה) ☐ תאונת עבודה
☐ תאונת דרכים ☐ פעולות איבה
☐ מילואים
☐ החמרת המצב עקב מגבלה רפואית המוכרת באגף השיקום
☐ אירוע שמזכה בפיצויים לפי פקודת נזיקין (כגון נזק שנגרם בשל רשלנות של אדם או בשל תקיפה),
 פרט: _____

ב. הגשתי תביעה לקבלת פיצוי/קצבה בגין הנכות, מגוף אחר מלבד צה"ל:

נא לסמן ב- X ולמלא את הפרטים:

☐
 כן
☐
 לא

ג. בדעתי להגיש כן / לא (ימולא במידה והתשובה בסעיף קטן ב' הינה שלילית)

במידה והתשובה היא 'כן' יש להוסיף ולפרט כדלקמן:

זהות הגוף אליו הגשתי/ אגיש תביעה



התביעה הוגשה / תוגש באמצעות עו"ד

.....

שכתובתו

.....

ד. אני מתחייב/ת להודיע לכם בכל מקרה שאגיש בעתיד תביעה לפיצוי או קצבה בגין הנכות לכל גוף שהוא ולהביא לידיעתכם גם את פסק הדין או הסכם הפשרה.

2. הובהר לי, כי במידה ותאושר לי נכות חלקית או תאושר בקשתי לפרישה לנכות אזי אקבל מצה"ל הלוואה בגובה הקצבה שאהיה זכאי לה עד לגמר ההליכים המשפטיים במסגרת תביעה שהגשתי או שאגיש כנגד גורם אחר.

עוד הובהר לי, כי במידה ואני מקבל או אקבל מהגוף האחר תשלומים הנמוכים מגובה הקצבה שהייתי זכאי לה מצה"ל, אזי ישלים צה"ל את ההפרש עד לגובה הקצבה עפ"י האמור בתקנון מבטחים.

במידה ואני מקבל או אקבל מהגורם האחר סכומים הגבוהים מגובה הקצבה לה אני זכאי עפ"י תקנון מבטחים, אדרש להחזיר לצה"ל אך ורק את הסכומים שקיבלתי כהלוואה מצה"ל.

לאור האמור הנני מצהיר ומתחייב כדלקמן:

- א. במידה והגשתי תביעה כאמור בסעיף 1ב לעיל, עליי להמציא לראש תחום ביטוח מקיף במרכז תע"צ מסמכים ונתונים המאמתים את גובה הקצבה/הפיצוי בגין הנכות מהגוף האחר (מלבד צה"ל)
- ב. אם יתברר כי הנכות נגרמה מאירוע שאינו מזכה בקצבה יהיה עליי להשיב למופ"ת את הכספים שקיבלתי כקצבת נכות
- ג. במידה והנכות נגרמה כתוצאה משירות מילואים תביעתי לא תתקבל ועלי לפנות אל אגף השיקום במשרד הביטחון.



ד. לעדכן את לרח"ל פנסיה במדור שו"ב, ענף עוצמ"ה במופ"ת, ד"צ 02369

צה"ל, לגבי מצב ההליכים המשפטיים בתביעה שהגשתי או שאגיש או כל

שינוי בגובה הקצבה/הפיצוי בגין הנכות מגוף אחר.

ה. ידוע ומוסכם עליי כי אם לא אעביר עדכון נכון ומדויק כאמור לעיל, צה"ל

רשאי להפסיק את תשלומי ההלוואה בגובה הקצבה.

שם המבוטח: _____ ת.ז.: _____ חתימה: _____.

שם עד החתימה (קצין משא"ן ע"צ): _____ חתימה: _____.