



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דו"ח חדר מיון / סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על הנזק הרפואי שנגרם לך כתוצאה מהפגיעה.
- עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זיהוי
- מתנדבים – יש לצרף טופס הפנייה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- בתאונת דרכים יש לצרף אישור המשטרה ו/או צילום תעודת ביטוח

כיצד יש להגיש את התביעה

- עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.
- תביעה שאינה חתומה ע"י התובע (בסעיף 9 במקום המסומן ב-X) תוחזר בדואר ונראה בה כאילו לא הוגשה
- עליך לחתום על כל הספחים של ויתור סודיות רפואית.
- בתביעה של עובד שכיר **על המעביד** למלא את סעיפים 10 עד 14 ולחתום בסעיף 13 .
- תביעות של עובדים, אשר מעבידיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 (מעביד שקיבל הרשאה מהמוסד לתשלום דמי פגיעה ישירות לעובד), ימסרו ע"י המעביד.
- עליך להעביר למוסד לביטוח לאומי את כל התעודות הרפואיות המצויות ברשותך **לפני** שתוזמן לוועדה רפואית
- לידיעתך - על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.**
- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות וביירוים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.

לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

לתשומת לב

- אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

נא ציין את מספר תעודת זהות _____ ותאריך הפגיעה _____ עמוד 1 מתוך 8



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה
תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון
סוג המסמך
דפים

- תאונה בעבודה עצמאי
 מחלת מקצוע הכשרה מקצועית
 שכיר מתנדב

1 פרטי הנפגע

1

שם משפחה _____ שם פרטי _____
מספר אישי בצה"ל _____
תאריך לידה _____ תאריך עליה _____
שנה _____ חודש _____ יום _____
שנה _____ חודש _____ יום _____

מצב משפחתי
 רווקה אלמנה פרודה נשוי/אה גרושה ידועה בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____	_____	_____

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____
דואר אלקטרוני _____
 אני מאשר קבלת הודעות SMS

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____	_____	_____

2 פרטי מקום העבודה

2

שם מעסיק/ מפעל/ מקום עבודה _____ תפקיד התובע במקום העבודה _____
רחוב / תא דואר _____ מספר בית _____ מיקוד _____
יישוב _____

האם הינך אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: לא כן, פרט: _____
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעביד: לא כן, פרט: _____

עצמאי (אם הפגיעה ארעה מחוץ לעסק - יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)

שם העסק _____ סוג העיסוק _____ טלפון קווי _____
רחוב / תא דואר _____ מספר בית _____ מיקוד _____
יישוב _____ טלפון נייד _____

פרטי הפגיעה

3

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה
				

היכן קרתה הפגיעה?

במהלך העבודה: במפעל/בעסק בדרך לעבודה (הכתובת בה אירעה הפגיעה)

מחוץ למפעל בדרך לביתך (הכתובת בה אירעה הפגיעה)

בְּתַאֲוֹנֹת בְּדֶרֶךְ: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____


תאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף) _____

שמות העדים לתאונה: לא נכחו עדים כן נכחו עדים, פרט: _____

שם	כתובת	חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>
שם	כתובת	חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>

האם מדובר בתאונת דרכים? לא כן, אם כן, נא למלא חלק 5 בעמוד הבא

מסירת הודעה למעביד על הפגיעה

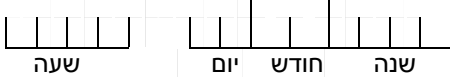
תאריך מסירת ההודעה	למי נמסרה ההודעה?	שם	תפקיד
			

אם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לנזיקין, אנא השב על שאלה 9 בחלק 5.

פרטי טיפול רפואי (יש לצרף אישור על הפניה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

4

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)

שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה
		

קופת חולים בה הנך כללית לאומית מכבי מאוחדת האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? לא כן, פרט _____

פרטי הרופאים המטפלים				
שם הרופא	תחום המומחיות	רופא קופת חולים המקבל הקופה במרפאת	רופא קופת חולים המקבל במרפאת פרטית	כתובת וטלפון המרפאה בה טופלתי/הנני מטופל
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

פרטים על תאונת דרכים

5

1	האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, (אם כן, חובה לצרף דו"ח משטרה)	מספר התיק במשטרה	התאונה טופלה ע"י תחנת משטרה ב-
2	התאונה ארעה:	<input type="checkbox"/> בדרך למקום מגוריך <input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/>	
3	האם נפגעת בהיותך:	<input type="checkbox"/> הולך רגל <input type="checkbox"/> נוסע ברכב <input type="checkbox"/> נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)	
4	סוג הרכב המעורב בתאונה:	מספר רישוי	<input type="checkbox"/> רכב <input type="checkbox"/> מלגזה <input type="checkbox"/> טרקטור <input type="checkbox"/> אופנוע <input type="checkbox"/> מונית <input type="checkbox"/> אחר *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב.
5	בעלות הרכב:	אם הרכב בבעלות חברת השכרה/ לייסינג, נא לצרף עותק מההסכם.	
6	פרטי הנהג	שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון ס"ב
		שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון ס"ב
		שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון ס"ב
7	האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח	מס' פוליסה	שם חברת הביטוח
8	סוג התאונה בניזיקין	<input type="checkbox"/> נפילה ממקום גבוה <input type="checkbox"/> נפילה במדרגות/מדרכה פגומה <input type="checkbox"/> התחשמלות <input type="checkbox"/> תקיפה <input type="checkbox"/> נשיכה מכלב <input type="checkbox"/> אחר	
9	האם הגשת או הנך עומד להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לתאונה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: נגד _____ שם עו"ד המטפל _____ כתובת העו"ד _____ מס' טלפון _____ מס' פקס _____		

פירוט העיסוקים

6

לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

מחלה חופשה אחרת _____ * **נא לצרף אישורים מתאימים**

קבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה _____

עבדתי אצל מעבידים נוספים * **נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל**

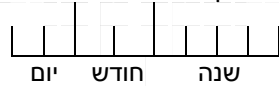
אחרי הפגיעה

טרם חזרתי לעבודה

עד תאריך



מתאריך

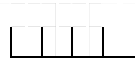


לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

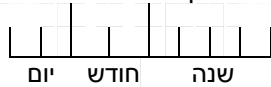
עד שעה



משעה



עד תאריך



מתאריך



שהיתי
בעסק /
בעבודתי

עד שעה



משעה



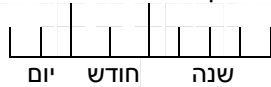
עד תאריך



מתאריך



בתאריך



חזרתי לעבודה מלאה

עד שעה



משעה



אני מצהיר בזאת כי שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו

פרטי חשבון הבנק של התובע

7

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: לחשבון הקיבוץ / המושב לחשבוני הפרטי

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימתם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה. 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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך _____ חתימת מקבל התשלום _____ חתימת/חתימות השותפים לחשבון _____

פטור ממס הכנסה

8

עיוור או נכה 100%

פטור חלקי * יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

הצהרה

9

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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 _____

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע, נא לציין את הסיבה לכך _____

שם החותם	כתובת	מספר זהות ס"ב

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה	מספר זהות ס"ב

למילוי ע"י המעביד אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימולא ע"י הנפגע)

10

פרטים על תאונה מחוץ לעסק או למפעל

התאונה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה _____

המקום בו היה על הנפגע לעבוד או בו עבד הנפגע ביום התאונה: _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? לא כן בדרך כלל מועסק ב: _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? לא כן 1. שם _____ ת.ז. _____

2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
_____	_____	_____	_____
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		
_____	_____		

תאונה בדרך לעבודה

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת בה היה אמור לעבוד? _____
האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש? לא כן

תאונה בדרך הביתה

באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? כן לא, _____
הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ כתובת בה עבד לפני היציאה לביתו _____

11

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

מספר תיק מעביד במוסד	שם המפעל / המעביד
9	_____

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: קבוע ארעי יומי חודשי היקף המשרה ב-% _____ מספר ימי העבודה בשבוע: _____

אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה העובד נעדר מהעבודה, נא פרט את סיבת היעדרות _____
נא לציין מתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר עבור ימים אלה? כן לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו
		יומי	חודשי	
חודש _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שם התשלום _____ לתקופה _____ סכום _____ שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח _____
חודש _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
חודש _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
חודש _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

העובד שב לעבודה בתאריך _____ העובד לא שב עדיין לעבודה.

העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: כן לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____
סיבת הפסקת העבודה: _____

12 פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעביד/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעביד? (נכון ליום התאונה)

כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום התאונה: _____

לא, העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

לא נצברו ימי מחלה

אחר _____

העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה _____

(שם הקרן)

13 הצהרת המעביד

אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שנמסרו על ידי העובד ועל ידינו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל: נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, לגבי הפגיעה.

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת * _____

14 פרטים משלימים למעביד מורשה/ מאושר

העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעביד מורשה לפי תקנה 22:

הנ"ל נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

הנ"ל אינו נכלל בין העובדים שלגביהם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעביד מאושר לפי סעיף 343:

אני מעביד מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוץ:

הנ"ל חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

הנ"ל אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעביד וחותמת * _____

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

_____ סניף _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____

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 שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה **x** _____

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

_____ סניף _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____

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 שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה **x** _____

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

_____ סניף _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____

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 שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה **x** _____

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

_____ סניף _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____

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 שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה **x** _____