



## תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

### חובה לצרף לטופס זה


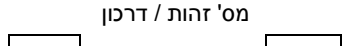

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה (מקור בלבד), או דו"ח חדר מיון / סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על הנזק הרפואי שנגרם לך כתוצאה מהפגיעה.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.
- בתביעה של עובד שכיר יש לדאוג שהמעביד יחתום על סעיף 12 שבעמוד 7.
- יש לחתום על כל הספחים של ויתור סודיות רפואית.
- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.
- תביעות של עובדים, אשר מעבידיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 (מעביד שקיבל התראה מהמוסד לתשלום דמי פגיעה ישירות לעובד), ימסרו ע"י המעביד.
- לידיעתך - על פי חוק, לא תשולם הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה

עמוד 1 מתוך 9

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון 	מס' זהות / דרכון 
סוג המסמך 0   1	דפים 

**חותמת קבלה**

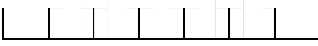

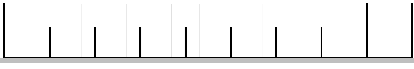

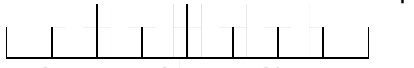
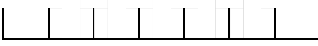


**המוסד לביטוח לאומי**  
 מינהל הגמלאות  
**תביעה לתשלום דמי פגיעה**  
**והודעה על פגיעה בעבודה**

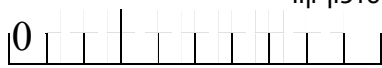
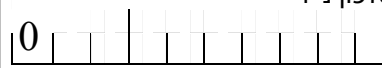
<input type="checkbox"/> תאונה בעבודה <input type="checkbox"/> מחלת מקצוע	<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> הכשרה מקצועית	<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> מתנדב
--	--	---

1

**פרטי הנפגע**

שם משפחה 	שם פרטי 	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) 
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	תאריך לידה 	תאריך עליה 
מספר אישי בצה"ל 	מספר ילדים עד גיל 18 <input type="checkbox"/> נשוא/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> מצב משפחתי	פרוד/ה <input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור <input type="checkbox"/> אלמנ/ה <input type="checkbox"/> גרוש/ה

**כתובת (הרשומה במשרד הפנים)**

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי 	טלפון נייד 	דואר אלקטרוני			
<input type="checkbox"/> 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**

**שכיר**

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

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעביד:  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

**עצמאי**

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

בדרך לעבודה

מחוץ למפעל

בדרך לביתך

(הכתובת בה אירעה הפגיעה)

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך \_\_\_\_\_


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

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

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

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


**מסירת הודעה למעביד על הפגיעה**

תפקיד	שם	למי נמסרה ההודעה?	תאריך מסירת ההודעה
			

אם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לנזיקין, אנא השב על שאלה 8 בחלק 5.

**פרטי טיפול רפואי**




**4**

מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	האיבר שנפגע
שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה
		
שם רופא המשפחה	שם המרפאה בה אתה מקבל טיפול רפואי	קופת חולים בה הנך חבר

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום?  לא  כן, פרט \_\_\_\_\_

פרטים על תאונת דרכים

5

מספר התיק	התאונה טופלה ע"י תחנת משטרה ב-	האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> פרט: (אם כן, חובה לצרף דו"ח משטרה)	1
בדרך למקום מגוריך כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	תוך כדי עבודה כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	התאונה ארעה בדרך לעבודה כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	2
האם נפגעת בהיותך: <input type="checkbox"/> הולך רגל <input type="checkbox"/> נוסע ברכב <input type="checkbox"/> נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)			
תעודת זהות		שם הנהג	4
			
האם הרכב בבעלות מקום העבודה? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		בעלות הרכב:	5
האם מדובר בהסעה מאורגנת של מעסיקך? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			
האם הרכב בבעלות פרטית? כן, פרט: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			
תעודת זהות		שם בעל הרכב	
			
מספר רישוי		סוג הרכב המעורב בתאונה: רכב <input type="checkbox"/> מלגזה <input type="checkbox"/> טרקטור <input type="checkbox"/> אופנוע <input type="checkbox"/>	6
מס' פוליסה	שם חברת הביטוח	האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? כן, פרט: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	7
האם הגשת או הנך עומד להגיש תביעת מזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לתאונה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:			
שם עורך הדין המטפל		נגד	
			8
טלפון קווי		כתובת עורך הדין	
			

פירוט העיסוקים

6

לפני הפגיעה

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

- מחלה  אבטלה  מילואים  חופשה  אחרת \_\_\_\_\_ \* נא לצרף אישורים מתאימים
- עבדתי אצל מעבידים נוספים \* נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

אחרי הפגיעה

הצהרה:

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

עד שעה	משעה
<input type="text"/>	<input type="text"/>

טרם חזרתי לעבודה

עד תאריך	מתאריך
<input type="text"/>	<input type="text"/>
שנה חודש יום	שנה חודש יום

לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד שעה	משעה
<input type="text"/>	<input type="text"/>

עד תאריך	מתאריך
<input type="text"/>	<input type="text"/>
שנה חודש יום	שנה חודש יום

שהייתי בעסק / בעבודתי

עד שעה	משעה
<input type="text"/>	<input type="text"/>

עד תאריך	מתאריך
<input type="text"/>	<input type="text"/>
שנה חודש יום	שנה חודש יום

עד שעה	משעה
<input type="text"/>	<input type="text"/>

חזרתי לעבודה מלאה

עד תאריך	מתאריך
<input type="text"/>	<input type="text"/>
שנה חודש יום	שנה חודש יום

עד שעה	משעה
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

שמות בעלי החשבון		
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
שם הבנק		<input type="text"/>

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 להחתימים 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.

\_\_\_\_\_ x  
חתימת/חתימות השותפים לחשבון

\_\_\_\_\_ x  
חתימת מקבל התשלום

תאריך

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 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.

תאריך \_\_\_\_\_

חתימת התובע ✕ \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

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 שמם: \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

11

**פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה**

מספר תיק מעביד במוסד	שם המפעל / המעביד
9	

בפרטי השכר יש לכלול את כל רכיבי השכר. את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו יש לפרט גם בטור נפרד.

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

תאריך התחלת העסקת העובד: \_\_\_\_\_ מעמד העובד  קבוע  ארעי

העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל:  כן  לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך \_\_\_\_\_

העובד שב לעבודה בתאריך \_\_\_\_\_  העובד לא שב עדיין לעבודה.

העובד נעדר מהעבודה בחודשים הנ"ל בתקופות \_\_\_\_\_ מהסיבה \_\_\_\_\_

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

**12**

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)

**הצהרת המעביד**

**13**

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 \* \_\_\_\_\_

**פרטים משלימים**

**14**

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)



**נספח א'**

**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** \_\_\_\_\_