



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

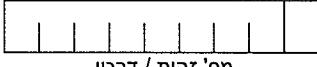
- ₪ תעודה רפואי ראשונה לנפגע בעבודה (מקור בלבד), או דוח חדר מין / סיכום מחלת בית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על הנזק הרפואי שנגרם לר' כתוצאה מהפגיעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ₪ عليك לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.
- ₪ בתביעה של עובד שכיר יש לדאוג שהמעביד יחתום על סעיף 12 שבעמוד 7.
- ₪ יש לחתום על כל הספקים של ויתור סודיות רפואי.
- ₪ את טופס התביעה יש לשולח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגורי.
- ₪ לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון 6050-04-8812345 או 04-04-2222.
- ₪ תביעות של עובדים, אשר מעבידיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 (מעביד שקיבל התראה מהמוסד לתשלום דמי פגעה ישירות לעובד), ימסרו ע"י המעבד.
- ₪ לדייעתך - על פי חוק, לא תשלום הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים למספרן (לאחר) מיום הגשתה.
- ₪ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

עמוד 1 מתוך 9

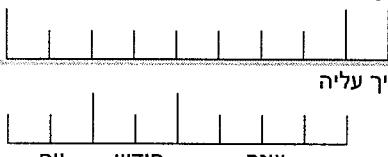
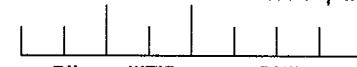
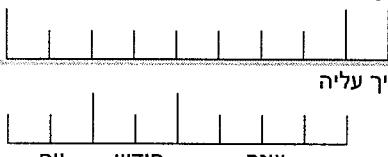
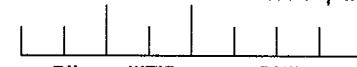
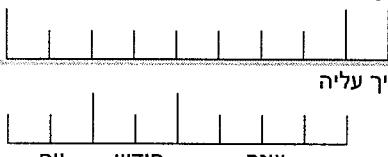
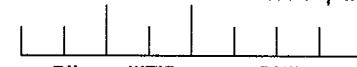
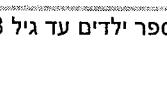
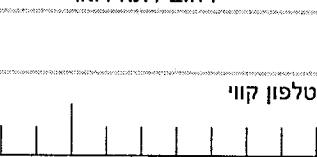
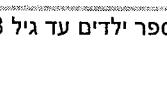
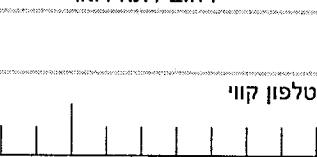
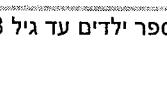
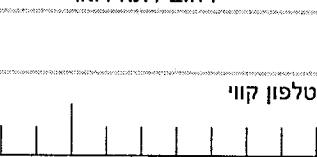
 מספר זהות / דרכון	<input type="checkbox"/> לשימוש פנימי בלבד (סרייה)
<input checked="" type="checkbox"/> סוג המסמך 0 1 דפים	

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינוח הגלומות
תביעה לשלום דמי פגעה
והודעה על פגעה בעבודה



<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> שכיר	<input type="checkbox"/> תאונה בעבודה
<input type="checkbox"/> הכרה מחייבת	<input type="checkbox"/> מתנדב	<input type="checkbox"/> מחלת מחייבת

שם משפחה 1	שם פרטי										
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) ס"ב											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">תאריך עליה</td> <td style="width: 33%;">תאריך לידיה</td> <td style="width: 33%;">מין</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> לא עובד <input type="checkbox"/> נקבה</td> </tr> <tr> <td>יום חודש שנה</td> <td>יום חודש שנה</td> <td></td> </tr> </table>			תאריך עליה	תאריך לידיה	מין			<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> לא עובד <input type="checkbox"/> נקבה	יום חודש שנה	יום חודש שנה	
תאריך עליה	תאריך לידיה	מין									
		<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> לא עובד <input type="checkbox"/> נקבה									
יום חודש שנה	יום חודש שנה										
מספר ילדים עד גיל 18											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">מצב משפחתי</td> <td style="width: 33%;">מספר אישי בצה"ל</td> <td style="width: 33%;">טלפון קווי</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> רוק/ה <input type="checkbox"/> גירוש/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> ידוועה בציבור</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ימים חודשי שנה</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			מצב משפחתי	מספר אישי בצה"ל	טלפון קווי	<input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> רוק/ה <input type="checkbox"/> גירוש/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> ידוועה בציבור			ימים חודשי שנה		
מצב משפחתי	מספר אישי בצה"ל	טלפון קווי									
<input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> רוק/ה <input type="checkbox"/> גירוש/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> ידוועה בציבור											
ימים חודשי שנה											
כתובת (הרשומה במשדר הפנים)											
רחוב / תא דואר	מספר בית	שם מיקוד									
מספר בית	כינוי	רחוב / תא דואר									
טלפון נייד	טלפון נייד	טלפון קווי									
<input type="checkbox"/> אני מאשר קיבלת הודעות SMS											
מען למכתבים (אם שינוי מהכתובת המפורטת לעיל)											
רחוב / תא דואר	מספר בית	שם מיקוד									
מספר בית	כינוי	רחוב / תא דואר									
טלפון נייד	טלפון נייד	טלפון קווי									

שם העסק/ מפעלי/ מקום העבודה 2	טלפון קווי		טלפון נייד		טלפון נייד		
שם מיקוד		שם מיקוד		שם מיקוד		שם מיקוד	
רחוב / תא דואר		רחוב / תא דואר		רחוב / תא דואר		רחוב / תא דואר	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:							
עצמאי							
טלפון קווי	סוג העיסוק		שם העסוק		טלפון נייד		טלפון נייד
טלפון נייד	שם מיקוד		שם מיקוד		טלפון נייד		טלפון נייד
טלפון נייד	רחוב / תא דואר		רחוב / תא דואר		רחוב / תא דואר		רחוב / תא דואר

עמוד 2 מתוך 9

פרט 3: הפגיעה

3



הין קرتה הפגיעה?

דרך עבודה

במהלך פעולה: במהלך פעולה

דרך לביתך

מחוץ למשך

(הכתובת בה אירעה הפגיעה)

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לبيתך

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסיקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גילון נוסף)

		שםות העדים לתאונה: <input type="checkbox"/> לא נכחו עדים <input type="checkbox"/> כן נכחו עדים, פרט:	
		כתובת	שם
<input type="checkbox"/> חבר לעבודה	<input type="checkbox"/> מכיר <input type="checkbox"/> אחר		
		כתובת	שם
<input type="checkbox"/> חבר לעבודה	<input type="checkbox"/> מכיר <input type="checkbox"/> אחר		

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

מסירת הודעה למעביד על הפגיעה

שם	תפקיד	למי נמסרה הודעה?	תאריך מסירת הודעה

אם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למיין, אנא השיב על שאלה 8 בחלק 5.

פרט 4: טיפול רפואי

4

מי טיפול לריאונת בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)	מזהה החבללה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	האיבר שנפגע
שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ושעה קבלת הטיפול לריאונת
שם רופא המשפחה	שם המרפא בה אתה מקבל טיפול רפואי	קופה חולמים בה הנך חבר

אם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבר חיים? לא כן, פרט

עמוד 3 מתוך 9

פרטים על תאונת דרכים

5

מספר התיק	התאונת טופלה ע"י תחנת משטרה ב-	אם נסקרה הودעה על התאונת למשטרה? פרט: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, חובה לצרף דוח משטרה)	1
בדרך למקום מגורי <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	התאונת ארעה בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	2
אם נפגעת בהיותך: <input type="checkbox"/> חולץ רגל <input type="checkbox"/> נושא ברכב <input type="checkbox"/> נהג ברכב (נא לצרף צילום תעוזת ביטוח)			3
תעודת זהות 		שם הנפגע	4
האם הרכב בעלות מקום העבודה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		האם מדובר בהסעה מאורגנת של מעסיקך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	בעלות רכוב: 5
האם הרכב בעלות פרטית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרטי:		שם בעל הרכב 	6
שם חברת הביטוח מו' פוליסוה	מספר רישוי 	סוג הרכב המעורב בתאונת: <input type="checkbox"/> רכב <input type="checkbox"/> מלבגה <input type="checkbox"/> טרקטור <input type="checkbox"/> אופנוע	7
אם הוגש תביעה לחברת הביטוח? פרט: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרטי:		8	
אם הגיע או חנק עמד להגיש תביעה נזקין או פיצויים מצד ג' בקשר לתאונת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרטי: שם עורך הדין המתפלל 		נגד	
כתובת עורך הדין טלפון קווי 			

6

פירוט העיסוקים
לפני הפגיעה

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

- מחלה אבטלה מיליוןאים חופשה אחרת _____ * נא לצרף אישורים מתאימים
 בעדיacial מעבידים נוספים * נא לצרף אישורים או תלושי שכיר בשלושת החודשים הנ"ל

אחרי הפגיעה

משעה עד שעה

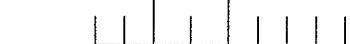


אתני מצהיר בזאת כי שעות עבודהתי במהלך ימי או בעבודתי לפני הפגיעה היו

הצהרה:



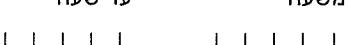
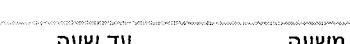
- טרם חזרתי לעבודה



- לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה



שהיית/
בעסק/
בעבודתי



- חזרתי לעבודה מלאה

7

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביו לחשבוני שפרטיו רשותים מטה:

שםות בעלי החשבון

שם הבנק	מספר חשבונו	שם הסניף / חטיבתו	מספר סניף

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעיר את התשלום: לחשבון הקיבוץ / המושב לחשבון הפרטி אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכיספי התביעה שיופיעו לחשבון, בעבור מקבל התביעה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זיהות השותפים לחשבון הבנק / או מיפוי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתמים על טופס עדכון חשבונו. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיפוי הכוח, בין אם מוסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מtower חשבונו, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר יכול או חלקושולם בטיעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושבי התשלומיים.

x

x

חתימת/חתימות השותפים לחשבון

חתימת מתקבל התשלום

תאריך

פטור ממס הכנסה**8** עיור או נכה 100% **פטור חלק * יש אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה****הזהרה****9**

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחים הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמשמעות פרטים לא נכוןים או העלמת נתונים הם עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביידען

למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דיןנו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסורתית בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לगמלה או על

יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 ימים.

כמו כן אני מתחייב להודיע למועד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

חתימת התובע *

תאריך

למילוי ע"י המעביר אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימולא ע"י הנפגע)**פרטים על תאונה מוחז למשך או למפעלים****10** התאונת אירעה מוחז למפעל – תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה:

המקום בו היה על הנפגע לעבוד או בו עבר הנפגע ביום התאונת:

אם העובד מועסק דרך קבוע מוחז לכוטלי המפעלים? לא כן דרך כלל מועסק ב:אם נכון עובדים נוספים בעת הפגיעה? לא כן שמות:

תקיפין	שם העובד שנtan לתובע את ההוראה לצאת	מטרת יציאתו מוחז למפעל	תקיפין הנפגע במפעל
שעת החזרה הצפיה			שעת היציאה

 תאונה בדרך לעבודה

באיזה שעה היה עליו להתחיל לעבודה? _____ איזו משמרות?

אם הרכב המעורב בתאונת הוא בעלות המעביר או בשימוש? לא כן תאונה בדרך הביתהבאיזה שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? כן לא,

הסיבה ליציאה המקדמת:

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה**11**

שם המפעל / המעביר

מספר תיק מעביר במוסך

9								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

בפרטי השכר יש לכלול את כל רכבי השכר. את התוספות החד פעריות, הפרשיות או המנקים ששולמו יש לפרט **גוף** בטור נפרד.

תוספת חד פערית, מענק או הפרשים שככלו שכר ברוטו החיבר בשכר ברוטו	שם התשלומים لتוקפה	שם התשלומים סקום	שכר ברוטו החיבר בדמי ביתוח לחודשי זה בש"ח	העובד הוא		שיעור השכר שבשבוע	שיעור המים בשכר	שיעור המים בשכר	שיעור ב-%	שיעור משרה	חודש, כולל חודש הפסקת העבודה
				יום	חודש						
חודש				<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"/>						

 תאריך התחלת העסקת העובד: _____ מועד העבודה קבוע ארעיהעובד ממשיך להימנות על עובדי המפעלים? כן לא, העובד הפסק לעובד במפעל בתאריך _____ העובד לא שב עדין לעבודה. _____

העובד נעדן מהעבודה בחודשים הנ"ל בתקופות _____ מהסיבה _____

פרטים על תשלום דמי מחלת על-ידי המעבד/קרן דמי מחלת**12**

(אם העובד זכאי לתשלום דמי מחלת ע"י המעבד? (ככן ליום התאונה)

 כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום התאונה: לא, העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו לא נזכרו ימי מחלת אחר _____ העובד זכאי לתשלום דמי מחלת ע"י הקרן לדמי מחלת

(שם הקרן)

הצהרת המעבד**13**אנן החתוםים מטה מאשרים כי הפרטים שנמסרו על ידי העובד ועל ידינו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט לו:
נא לפרט את ההסתיגיות, אם ישן, לגבי הפגיעה.

כן אם מאשרים כי התובע הושק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעובודה

תאריך _____ תפקיד החתום _____ שם החתום _____ חתימה וחותמת **פרטים משלימים****14** העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממם הכנסה**מעבד מורשה לפי תקנה 22:** הנ"ל כלל בהרשאה ונדרר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושלםנו לו דמי פגעה כחוק. הנ"ל אינו כלל בין העובדים שלגביהם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.**מעבד מאושר לפי סעיף 343:** אני מעבד 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 המעבד וחותמת**

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

נספח א'**יתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

תאריך _____ סניף _____

אני _____ הח"מ, מס' חבר קופ"ח _____ הגבר ב _____

מבקש בזאת למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוו, כל מידע הקשור למחלתי, מצב הרפואתי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודוטני.

שם הרופא המטפל _____ חתימה **יתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

תאריך _____ סניף _____

אני _____ הח"מ, מס' חבר קופ"ח _____ הגבר ב _____

מבקש בזאת למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוו, כל מידע הקשור למחלתי, מצב הרפואתי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודוטני.

שם הרופא המטפל _____ חתימה **יתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

תאריך _____ סניף _____

אני _____ הח"מ, מס' חבר קופ"ח _____ הגבר ב _____

מבקש בזאת למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוו, כל מידע הקשור למחלתי, מצב הרפואתי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודוטני.

שם הרופא המטפל _____ חתימה **יתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

תאריך _____ סניף _____

אני _____ הח"מ, מס' חבר קופ"ח _____ הגבר ב _____

מבקש בזאת למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוו, כל מידע הקשור למחלתי, מצב הרפואתי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודוטני.

שם הרופא המטפל _____ חתימה