



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.

חובה לחתום על טופס התביעה



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

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

עמוד 1 מתוך 9

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך									
דפים									

☐ תאונה בעבודה

☐ מחלת מקצוע

☐ שכיר

☐ מתנדב

☐ עצמאי

☐ הכשרה מקצועית

1

פרטי הנפגע

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)

מס' זהות / דרכון									
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

תאריך עליה									
שנה חודש יום									

תאריך לידה									
שנה חודש יום									

בן זוג				
☐ עובד				
☐ לא עובד				

מצב משפחתי									
☐ רווק/ה									
☐ נשוי/אה									
☐ אלמן/ה									
☐ גרושה									
☐ פרוד/ה									
☐ ידוע/ה בציבור									

מספר ילדים עד גיל 18

מספר אישי בצה"ל

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה		יישוב		מיקוד	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני							
0		0									

☐ 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

טלפון קווי									
0									

טלפון נייד

טלפון נייד									
0									

רחוב / תא דואר

מספר בית									

יישוב

מיקוד									

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

עצמאי

שם העסק

סוג העיסוק

טלפון קווי

טלפון קווי									
0									

טלפון נייד

טלפון נייד									
0									

רחוב / תא דואר

מספר בית									

יישוב

מיקוד									

פרטי הפגיעה

3

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה								
				שנה חודש יום								
היכן קרתה הפגיעה? במהלך העבודה: ☐ במפעל ☐ בדרכו לעבודה ☐ בדרכו לביתו ☐ מחוץ למפעל ☐ (הכתובת בה אירעה הפגיעה) בתאונות בדרכו: נא פרט את מסלול דרכו לעבודה או לביתו תאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף)												
שמות העדים לתאונה: ☐ לא נכחו עדים ☐ כן נכחו עדים, פרט: <table border="1"> <tr> <td>שם</td> <td>כתובת</td> <td>חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐</td> </tr> <tr> <td>שם</td> <td>כתובת</td> <td>חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐</td> </tr> </table> האם מדובר בתאונת דרכים? ☐ לא ☐ כן, אם כן, נא למלא חלק 5 בעמוד הבא					שם	כתובת	חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐	שם	כתובת	חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐		
שם	כתובת	חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐										
שם	כתובת	חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐										
מסירת הודעה למעביד על הפגיעה <table border="1"> <tr> <td>תאריך מסירת ההודעה</td> <td>למי נמסרה ההודעה?</td> <td>שם</td> <td>תפקיד</td> </tr> <tr> <td> שנה חודש יום </td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> אם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לנזיקין, אנא השב על שאלה 8 בחלק 5.					תאריך מסירת ההודעה	למי נמסרה ההודעה?	שם	תפקיד	שנה חודש יום			
תאריך מסירת ההודעה	למי נמסרה ההודעה?	שם	תפקיד									
שנה חודש יום												

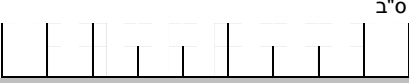
פרטי טיפול רפואי

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
		שנה חודש יום שעה
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 ☐ לא ☐ פרט: (אם כן, חובה לצרף דו"ח משטרה)	1
בדרך למקום מגוריך כן ☐ לא ☐	תוך כדי עבודה כן ☐ לא ☐	התאונה ארעה בדרך לעבודה כן ☐ לא ☐	2
האם נפגעת בהיותך: ☐ הולך רגל ☐ נוסע ברכב ☐ נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)			3
תעודת זהות		שם הנהג	4
			
האם הרכב בבעלות מקום העבודה? כן ☐ לא ☐			5
האם מדובר בהסעה מאורגנת של מעסיקך? כן ☐ לא ☐			
האם הרכב בבעלות פרטית? כן ☐ לא ☐ פרט:			
תעודת זהות		שם בעל הרכב	
			
מספר רישוי		סוג הרכב המעורב בתאונה: רכב ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע ☐	6
מס' פוליסה	שם חברת הביטוח	האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? כן ☐ לא ☐ פרט:	7
האם הגשת או הנך עומד להגיש תביעת מזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לתאונה? ☐ לא ☐ כן, פרט:			8
שם עורך הדין המטפל		נגד	
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 _____

☐ טרם חזרתי לעבודה

עד תאריך _____
שנה _____ חודש _____ יום _____

מתאריך _____
שנה _____ חודש _____ יום _____

☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד שעה _____
משעה _____

עד תאריך _____
שנה _____ חודש _____ יום _____

מתאריך _____
שנה _____ חודש _____ יום _____

☐ שהייתי
בעסק /
בעבודתי

עד שעה _____
משעה _____

עד תאריך _____
שנה _____ חודש _____ יום _____

מתאריך _____
שנה _____ חודש _____ יום _____

☐ חזרתי לעבודה מלאה

בתאריך _____
שנה _____ חודש _____ יום _____

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 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 כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

x

x

חתימת/חתימות השותפים לחשבון

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 ביוזעין 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)

פרטים על תאונה מחוץ לעסק או למפעל

10

☐ 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: _____

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

11

שם המפעל / המעביד	מספר תיק מעביד במוסד
	9

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

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	היקף משרה ב- %	מס' הימים בעבורם שולם השכר	מס' ימי העבודה בשבוע	העובד הוא	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	שם התשלום
חודש				יומי ☐ חודשי ☐		סכום	לתקופה
חודש				☐ ☐			
חודש				☐ ☐			
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** _____