



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- ✍ תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או 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 הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- ✍ בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה או צילום תעודת ביטוח

כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ עליך לצרף אישורים נוספים לפי הנדרש בטופס התביעה.
- ✍ אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה בחברה לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 7.
- ✍ תביעה שלא חתם עליה התובע (בסעיף 10 במקום המסומן ב-X) תוחזר בדואר, ותיחשב כאילו לא הוגשה
- ✍ עליך לחתום על כל הספחים של ויתור סודיות רפואית.
- ✍ בתביעה של עובד שכיר **על המעביד** למלא את סעיפים 11 עד 15 ולחתום בסעיף 14.
- ✍ תביעות של עובדים, אשר מעבידיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 (מעביד שקיבל הרשאה מהמוסד לתשלום דמי פגיעה ישירות לעובד), ימסור 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 ולבירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ✍ מידע נוסף אפשר למצוא 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 ולגברים 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

<table border="1"> <tr> <td>מס' זהות / דרכון</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>סוג המסמך</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>דפים</td> <td>_____</td> </tr> </table>	מס' זהות / דרכון	_____	סוג המסמך	_____	דפים	_____	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון	_____						
סוג המסמך	_____						
דפים	_____						

חותמת קבלה

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

1 פרטי הנפגע					
שם פרטי		שם משפחה			
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)		מספר אישי בצה"ל			
תאריך לידה		תאריך עלייה		מספר משפחתי	
שנה חודש יום		שנה חודש יום		רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה בציבור <input type="checkbox"/>	
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 הרשומה למעלה)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2 פרטי מקום העבודה					
שם מעסיק/ מפעל/ מקום עבודה		תפקיד התובע במקום העבודה			
רחוב / תא דואר		מספר בית		יישוב	
טלפון קווי		טלפון נייד			
מס' פקס		מיקוד			
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____					
האם יש קרבה משפחתית ביןך לבין המעביד: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____					
עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)					
שם העסק		סוג העיסוק			
רחוב / תא דואר		מספר בית		יישוב	
טלפון קווי		טלפון נייד			
מיקוד					

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 שבה אירעה הפגיעה)

מחוץ למפעל

בדרך לביתך
(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

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

תְּיַאֲוֵר הַפְּגִיעָה: 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 הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה 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

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

קופת חולים שבה אתה חבר

כללית לאומית

מכבי מאוחדת

פרטי הרופאים המטפלים				
שם הרופא	תחום המומחיות	רופא קופת חולים המקבל הקופה במרפאת	רופא קופת חולים המקבל במרפאת פרטית	כתובת וטלפון המרפאה שבה טופלתי/אני 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"/>	

5 פרטים על תאונת דרכים

	טיפול בתאונה תחנת משטרה ב-	האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)	1
מספר התיק במשטרה		התאונה <input type="checkbox"/> בדרך למקום מגוריך <input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <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)	3
מספר רישוי	מספר רישוי	סוג הרכב המעורב בתאונה: <input type="checkbox"/> רכב <input type="checkbox"/> מלגזה <input type="checkbox"/> טרקטור <input type="checkbox"/> אופנוע <input type="checkbox"/> מונית <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב.	4
		אם הרכב בבעלות חברת השכרה/ לייסינג, נא לצרף עותק מההסכם.	5
	מספר זהות / דרכון ס"ב	שם ומשפחה	6 פרטי הנהג
	מספר זהות / דרכון ס"ב	שם ומשפחה	
	מספר זהות / דרכון ס"ב	שם ומשפחה	
		האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח	7
מס' פוליסה	שם חברת הביטוח	סוג התאונה בניזקין: <input type="checkbox"/> נפילה ממקום גבוה <input type="checkbox"/> נפילה במדרגות או במדרכה פגומה <input type="checkbox"/> התחשמלות <input type="checkbox"/> תקיפה <input type="checkbox"/> נשיכה מכלב <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>	8
האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לתאונה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:			9
נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____			
כתובתו _____ 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**

קיבלת 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

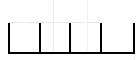


לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד שעה



משעה



עד תאריך



מתאריך

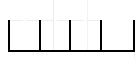


שהייתי בעסק / בעבודתי

עד שעה



משעה



עד תאריך



מתאריך

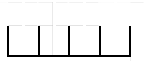


בתאריך



חזרתי לעבודה מלאה

עד שעה



משעה



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

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

7

חובה להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) _____

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה * _____

פרטי חשבון הבנק של התובע

8

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 בחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקדו בחשבון, בעבור מקבל התביעה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק 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, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

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 פרטיהם של מושכי התשלומים.

תאריך

חתימת מקבל התשלום

חתימת/חתימות השותפים לחשבון

פטור ממס הכנסה

9

עיוור או נכה 100%

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

הצהרה

10

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה 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 - ימלא הנפגע)

11

פרטים על תאונה מחוץ לעסק או למפעל

התאונה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה _____

המקום שבו היה על הנפגע לעבוד או שבו 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 שבה 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: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

12

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 נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת היעדרות _____
נא לציין מתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור 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

שם התשלום	לתקופה	סכום	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	העובד הוא		מס' הימים בעבורם שולם השכר	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 _____

העובד לא שב עדיין לעבודה. העובד שב לעבודה בתאריך _____

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

13 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)

14 הצהרת המעביד

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים מסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל: נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה.

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

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

15 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 עם העובדים שבעבורם 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)

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1

פרטים אישיים

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
		60
שם פרטי	שם משפחה	
חבר בקופת חולים		
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____		

2

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____