



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה/מחלת מקצוע

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.
- ☞ עצמאי – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, יש לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה)
- ☞ עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זהו
- ☞ מתנדבים – יש לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- ☞ בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה או צילום תעודת ביטוח

לידיעתך

- ☞ על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- ☞ אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.
- ☞ עליך להעביר למוסד לביטוח לאומי את כל התעודות הרפואיות המצויות ברשותך לפני שתוזמן לוועדה רפואית.
- ☞ **משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, ממועד קבלתה ועד לקבלת החלטה (למעט מחלות מקצוע).** לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il
- ☞ **באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר.** לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר.

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 8.
- ☞ תביעה שלא חתם עליה התובע (בסעיף 11 במקום המסומן ב-X) תוחזר בדואר, ותיחשב כאילו לא הוגשה
- ☞ עליך לחתום על כל הספחים של ויתור סודיות רפואית.
- ☞ בתביעה של עובד שכיר **על המעסיק** למלא את סעיפים 12 עד 15 ולחתום בסעיף 15.
- ☞ תביעות של עובדים, אשר מעסיקיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 (מעסיק שקיבל הרשאה מהמוסד לתשלום דמי פגיעה ישירות לעובד), יוגשו ע"י המעסיקים.
- ☞ במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופוסות.
- ☞ 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.
- ☞ קיימת אפשרות למלא ולשגר את הטופס באמצעות אתר האינטרנט.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

תביעה לתשלום דמי פגיעה
הודעה על פגיעה בעבודה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך	דפים		
0 1			

<input type="checkbox"/> תאונה בעבודה	<input type="checkbox"/> שכיר	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> מתנדב
<input type="checkbox"/> מחלת מקצוע, פרט _____	<input type="checkbox"/> הכשרה מקצועית	<input type="checkbox"/> חבר קיבוץ או מושב שיתופי	

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה	תאריך עלייה
	שנה חודש יום	שנה חודש יום
מצב משפחתי		
<input type="checkbox"/> רווק/ה	<input type="checkbox"/> אלמן/ה	<input type="checkbox"/> פרודה/ה נשוי/אה
<input type="checkbox"/> גרושה	<input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה		
מיקוד		
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני	
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה		
מיקוד		

2 פרטי מקום העבודה

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מספר בית	טלפון נייד
מיקוד		מס' פקס
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____		
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: <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	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מספר בית	טלפון נייד
מיקוד		


פרטי הפגיעה

3

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה
				 שנה חודש יום
היכן אירעה הפגיעה? במהלך העבודה: <input type="checkbox"/> במפעל/בעסק <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה: <input type="checkbox"/> בדרך לביתה: <input type="checkbox"/> מחוץ למפעל <input type="checkbox"/>				
<u>בתאונות בדרך</u> : נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)				
<u>תיאור הפגיעה</u> : כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט				
האם נכחו עדים בתאונה?: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:				
שם	כתובת	מספר טלפון	<input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר	
שם	כתובת	מספר טלפון	<input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר	
האם מדובר בתאונת דרכים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן, נא למלא חלק 5 בעמוד הבא				
מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה				
תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	 שנה חודש יום	

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

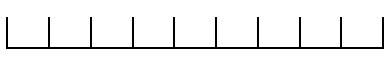



4

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
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט		
קופת חולים שבה אתה חבר		<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת

פרטי הרופאים המטפלים			
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל	טלפון המרפאה

פרטים על תאונת דרכים

5

מספר התיק במשטרה	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
האם נפגעת בהיתך: <input type="checkbox"/> הולך רגל <input type="checkbox"/> נוסע ברכב <input type="checkbox"/> נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)			2
מספר רישוי 	<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> מלגזה <input type="checkbox"/> טרקטור <input type="checkbox"/> אופנוע <input type="checkbox"/> מונית <input type="checkbox"/> אחר, פרט _____ *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב.	סוג הרכב המעורב בתאונה:	3
<input type="checkbox"/> פרטית <input type="checkbox"/> מקום העבודה <input type="checkbox"/> חברת השכרה/ לייסינג (יש לצרף עותק ההסכם) <input type="checkbox"/> רכב ציבורי <input type="checkbox"/> אחר _____		הרכב בבעלות:	4
במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה _____ ומספר הקו _____			
מספר זהות / דרכון ס"ב 	שם ומשפחה	פרטי הנהג	5
מספר זהות / דרכון ס"ב 	שם ומשפחה	נוסעים נוספים ברכב:	
מספר זהות / דרכון ס"ב 	שם ומשפחה		
מס' פוליסה	שם חברת הביטוח	האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח	6
האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג? תביעה נגד _____ שם העו"ד המטפל _____ כתובתו _____			7
טלפון _____ פקס _____ דואר אלקטרוני _____ התביעה הוגשה בבית המשפט <input type="checkbox"/> השלום <input type="checkbox"/> המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____			

6

פרטים על תאונה בניזקין

סוג התאונה בניזקין

- נפילה ממקום גבוה נפילה במדרגות או במדרכה פגומה התחשמלות
 תקיפה פגיעה מבעל חיים אחר _____

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? לא כן,

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____
 כתובתו _____ מס' טלפון _____
 מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום הנפגע? לא כן

התביעה הוגשה בבית המשפט השלום המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

7

פירוט העיסוקים

לפני הפגיעה

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

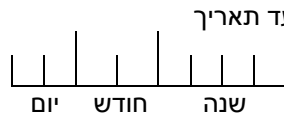
מחלה חופשה אחרת _____ * **נא לצרף אישורים מתאימים**

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

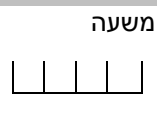
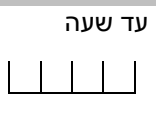
עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * **נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל**

לאחר הפגיעה

לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה



שהייתי בעסק / בעבודתי



חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ טרם חזרתי לעבודה לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו _____ משעה _____ עד שעה: _____ עבודה במשמרות

8

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

יש 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) _____

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים
 תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה **x** _____

9 פרטי חשבון הבנק של התובע

9

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 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 * _____

10 פטור ממס הכנסה

10

עיזור/ נכה 100%

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

11 הצהרת התובע/מגיש התביעה

11

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 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 * _____

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות מ"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	
מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: יפיו כח, צו אפטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה	מספר זהות מ"ב

12

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____

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

פגיעה בדרך לעבודה
 באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

פגיעה בדרך הביתה
 באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? כן לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

13

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק	מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי

תאריך תחילת עבודה: _____	מעמד העובד: <input type="checkbox"/> קבוע <input type="checkbox"/> ארעי <input type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> חודשי	היקף המשרה ב-% _____	מספר ימי העבודה בשבוע: _____
--------------------------	--	----------------------	------------------------------

אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____
 ממת' _____ עד מת' _____ 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

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
חודש		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	לתקופה
חודש		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סכום
חודש		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח

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: _____
 שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____

14

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

- כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____
- 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 המעסיק

15

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר 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 * _____

16

פרטים משלימים למעסיק מורשה/ מאושר

העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

- העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.
- העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

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

קיבוצי:

- הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____
- הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת * _____
(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

חותמת קבלה

1

פרטים אישיים

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה																	
<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>												60
שנה	חודש	יום																	
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 ✕ _____