



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 זהויה
- ✍ 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 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 המעסיק** למלא את סעיפים 11 עד 15 ולחתום בסעיף 14.
- ✍ 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
והודעה על פגיעה בעבודה

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

חותמת קבלה

☐ תאונה בעבודה
☐ מחלת מקצוע, פרט _____
☐ שכיר
☐ עצמאי
☐ מתנדב
☐ הכשרה מקצועית
☐ 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
מצב משפחתי	רווק/ה	אלמן/ה
פרוד/ה	נשוי/אה	גרופ/ה
ידוע/ה בציבור		
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
אני מאשר קבלת הודעות SMS	אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני	
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	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
יישוב	מיקוד	מס' פקס
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☐ לא ☐ כן, פרט: _____ האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☐ לא ☐ 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
יישוב	מיקוד	

פרטי הפגיעה

3

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה
				שנה חודש יום
היכן אירעה הפגיעה? ☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐ בדרך לעבודה (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) ☐ מחוץ למפעל ☐ בדרך לביתך (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) <u>בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר</u>				
<u>תיאור הפגיעה:</u> כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט _____ _____ _____				
האם נכחו עדים בתאונה?: ☐ לא ☐ כן, פרט:				
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר	
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר	
האם מדובר בתאונת דרכים? ☐ לא ☐ 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

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה חודש יום שעה		
קופת חולים שבה אתה חבר	האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☐ לא ☐ כן, פרט	
☐ כללית ☐ לאומית ☐ מכבי ☐ מאוחדת	_____ _____	

פרטי הרופאים המטפלים

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

פרטים על תאונת דרכים

5

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

פרטים על תאונה בנזיקין

6

וג התאונה בנזיקין

☐ 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 _____

פירוט העיסוקים

7

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

עד תאריך
שנה חודש יום

מתאריך
שנה חודש יום

עד שעה
שעה

משעה
שעה

עד תאריך
שנה חודש יום

מתאריך
שנה חודש יום

☐ שהיית
בעסק /
בעבודתי

עד שעה
שעה

משעה
שעה

עד תאריך
שנה חודש יום

מתאריך
שנה חודש יום

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

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

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

8

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 _____

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 * _____

פטור ממס הכנסה

10

☐ עיזור/ נכה 100%

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

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 ב"ס	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	
מאשר קבלת הודעות SMS ☐ כן ☐ לא		מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני ☐ כן ☐ לא	

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

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה	מספר זהות ב"ס

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

12

☐ 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 _____

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

13

שם המפעל / המעסיק	מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי

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 ההיעדרות _____

ממתי _____ 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

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

☐ 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: _____

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)

15

הצהרת המעסיק

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)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

☒ חתימת המעסיק וחותמת

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

