



לצפיה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמייצי זכויות,
יש לסרוק את הברקוד

המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגלומות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשולם דמי פגעה והודעה על פגעה בעבודה/מחלות מڪזוע

חובה לצרף לטופס זה

- ↳ תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר רפואי או סיכום מחלת החולמים וכן כל מסמך אחר המעיד על הנזק הרפואי שנגרם לך כתוצאה מהפגיעה.
- ↳ עצמאי – אם פגיעתך ארעה בזמן העבודה מחוץ לעסוק, יש לצרף אישור מהగורם עבورو ביצעת את העבודה (חשבונית על ביצוע העבודה, הזמן העבודה, תעודת משLOW וצדומה)
- ↳ עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון; תושב שטח חובה לצרף צילום תעודת זהה'
- ↳ מתנדבים – יש לצרף טופס הפניה לממתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- ↳ בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה או צילום תעודת ביטוח

לידיעתך

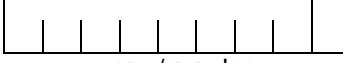
- ↳ על פי חוק, לא תשולם gamla לתקופה העולה על 12 חודשים למשך (לאחר) מיום הגשתה.
- ↳ אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשarra לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעובדה בטופס BL/200.
- ↳ עליך להעביר למוסד לביטוח לאומי את כל התעודות הרפואיות המצוויות ברשותך לפניהם שתוזמן לוועדה רפואית.
- ↳ ממשך זמן טיפול מסוים בתביעה לדמי פגעה הוא 60 יום, ממועד קבלתה ועד לקבלת החלטה (למעט מחלות מڪזוע). לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il
- ↳ באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות האינטרנט במקום בדואר. תשליח אליך הודעה במיל'על שליחת מכתב, בו תוכל לצפות באופן בשירות האישי באתר המוסד לביטוח לאומי. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ↳ עליך לצרף אישורים נוספים לפי הנדרש בטופס התביעה.
- ↳ אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה בחברה לבעל שליטה או לבעל מנויות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8.
- ↳ תביעה שלא חתום עליה התובע (בסעיף 11 במקום המופיע ב- X) תוחזר בדואר, ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- ↳ עליך לחתום על כל הספקים של יתור סודיות רפואית.
- ↳ בתביעה של עובד שכיר על המושיק למלא את סעיפים 12 עד 15 ולהחותם בסעיף 15.
- ↳ תביעות של עובדים, אשר מעסיקיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 (מושיק שקיבל הרשות מהמוסד לתשלום דמי פגעה ישירות לעבוד), יוגשו ע"י המעסיקים.
- ↳ במקרה וה התביעה מוגשת ע"י אופטורופס – יש לצרף צו אופטורופס.
- ↳ **באפשרותך למלא את טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליין (בأfon מקוון) באמצעות אתר האינטרנט** www.btl.gov.il.
- ↳ כמו כן, את טופס התביעה ניתן לשוח בדואר, למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך או להכנסי לטיילת השירות המוצבת מחוץ לסניף.
- ↳ לשאלות ולבירורים יש לפנותטלפון 6050-04-8812345 או 04-04-8812345.
- ↳ מידע נוספת אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוטח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

 מספר זהות / דרכון	לשימוש פנימי בלבד (סרייה)	חותמת קבלה
0 1	סוג דפים המסמך	

המוסד לביטוח לאומי

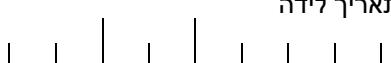
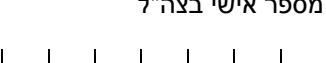
מינימל הגמלאות

פגיעה בעבודה

תביעה לתשלום דמי פגעה**והודעה על פגעה בעבודה**

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

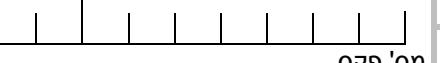
פרטי התובע**1**

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) ס"ב 	שם פרטי	שם משפחה			
תאריך עלייה 	תאריך לידיה 	מספר אישי בצה"ל 			
מצב משפחתי: <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> ידוע/ה בצויר <input type="checkbox"/> גירוש/ה <input type="checkbox"/> נשוי/ה					
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
מיקוד	רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
					
טלפון נייד <input type="checkbox"/> אני מאשר קיבלת מכתבם באינטראנט דואר אלקטרוני: @ _____					
טלפון קווי <input type="checkbox"/> אני מאשר קיבלת הודעות SMS					

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה לעלה)

מיקוד	רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
					

פרטי מקום העבודה**2**

טלפון קווי	תפקיד התובע במקום העבודה	שם מעסיק / מפעל
		
טלפון נייד		
		
מס' פקס		
מיקוד	מס' בית	רחוב / תא דואר

אם אתה אחד מבני החברה / בעל שליטה בחברה: לא כן, פרט:אם יש לך משמחתית ביןך לבין המuszיק: לא כן, פרט:**עצמאי (אם הפגיעה אירעה מזמן לעסוק – יש לצרף אישור על העבודה שאוותה ביצעת/ הייתה אמרה לבצע)**

טלפון קווי	סוג העיסוק	שם העסק
		
טלפון נייד	מיקוד	רחוב / תא דואר
		

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה	שם הפסקת עבודה



היכן אירעה הפגיעה?

 במרחב העבודה: במפעל/בעסוק

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

 מחוץ למפעל בדרך לביתך

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסكت בעת הפגיעה (ניתן לצרף גילון נוסף), נא פרט

אם נכון עדים בתאונה?: לא כן, פרט:

שם	כתובת	מספר טלפון	<input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכיר <input type="checkbox"/> אחר	
שם	כתובת	מספר טלפון	<input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכיר <input type="checkbox"/> אחר	

אם מדובר בתאונת דרכים? לא כן, נא למלא חלק 5 בעמוד הבא**מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה**

תפקיד	שם מקבל הודעה	תאריך מסירת הודעה

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

4

מי טיפול לראשוña בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)

מהות החבלה
(לדוגמא: שבר, פצץ, חתך)

האיבר שנפגע

שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ומשך קבלת הטיפול לראשוña

אם סבלת בעבר ממחלת או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? לא כן, פרט

קופת חולים שבה אתה חבר

 כללית לאומיית מכבי מאוחדת

5

פרטים על תאונת דרכים

מספר התיק במשטרתא	טיפלה בתאונת תחנת משטרתא ב-	האם נמסרה הודעה על התאונת למשטרתא? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, (אם כן, חובה לצרף דוח משטרתא)
		1
האם נפגעת בהיותך: <input type="checkbox"/> הולך רגל <input type="checkbox"/> נסוע 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 _____ *לנכח מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישון רכב.	סוג הרכב המעורב בתאונתך:
		3
<input type="checkbox"/> פרטית <input type="checkbox"/> מקום העבודה <input type="checkbox"/> חברת השכירה/לייסינג (יש לצרף עותק ההסכם) <input type="checkbox"/> רכב ציבורי <input type="checkbox"/> אחר _____		הרכב בבעלותך:
		4
במידה ונפגעת מרכיב ציבורי, נא לציין את שם החברה _____ ומספר הקו _____		
מספר זהות / דרכון ו"ב	שם ומשפחה	פרטיה הנאג
		5
מספר זהות / דרכון ו"ב	שם ומשפחה	
מספר זהות / דרכון ו"ב	שם ומשפחה	נוסעים נוספים ברכב:
מו' פוליסה	שם חברת הביטוח	האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, נא לצרף העתק מהודעך לחברת הביטוח
		6
האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג'? תביעה נגד _____ שם העו"ד המתפל _____ כתובתו _____		
טלפון _____	פקו _____	דואר אלקטרוני _____
התביעה הוגשה בבית המשפט <input type="checkbox"/> השלום <input type="checkbox"/> המחו"ז בעיר _____ מו' תיק אזרחי _____		
		7

6

פרטים על תאונה בנדיקין

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> נפילה ממקום גבוה | <input type="checkbox"/> נפילה במדרגות או במדרכה פגומה | <input type="checkbox"/> התחשמלות |
| <input type="checkbox"/> פגעה מבעל חיים | | <input type="checkbox"/> אחר |
| <input type="checkbox"/> תקיפה | | |

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

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____

כתובתו _____ מס' טלפון _____

דואר אלקטרוני _____ מס' פקס _____

אם יש ברשותך תמונות ממקום הנפגע? לא

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

פירוט העיסוקים**לפני הפגיעה**

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

מחלת חופשה אחרת * **נא לצרף אישורים מתאים**

קיבלת גמלאה מהሞוד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה,AMILAIM, נכות, זקנה וכו') סוג gamla

עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * **נא לצרף אישורים או תלוishi שכיר לשולשת החודשים הנוכחי**

לאחר הפגיעה

לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה



חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ לא נעדרתי מהעבודה _____

שעות עבודהתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו _____ משעה _____ עד שעה: _____

8

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

יש להציג הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המוחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבוצעת בפועל)

היכן בוצעה העבודה בפועל? (יש לציין כתובות)

מהו התקף העבודה? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלහלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה *

פרטן חשבון הבנק של התובע

9

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבון שפרטנו רשומים מטה:

שםות בעלי החשבון

שם הבנק	מספר חשבון	שם הסניף / כתובתו	מספר סניף	שם
---------	------------	-------------------	-----------	----

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: לחשבון הקיבוץ / המושב לחשבון הפרטן

אני מסכים שהבנק הנ"ל ייחזיר למועד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מtower חשבוני, אם המועד יפקיד לחשבון תשלום אשר יכול או חלקו שלום בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למועד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המודע יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת מחושבת, לצורך **אימות בעלותי בחשבון הבנק** כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ואו עובד מטעמו ימסור למועד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטן חשבון הבנק שמסרתי לעיל.

לחילופין, ידוע לי כי המודע רשאי לדרש מסמכים אישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטן חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי הוא עלי להמציאם לפי דרישתך.

תאריך _____ חתימת מקבל התשלום

פטור ממיס הכנסה

10

 עיור/ נכה 100% פטור חלק * יש לצרף אישור זכאות לפטור ממיס הכנסה ערב הפגיעה

הצהרת התובע/מגיש התביעה

11

אני החתום מטה מצהיר בהזה כי כל הפרטים שמסרטתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
ידעו לי, שמשירת פרטנים לא נכוןים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידיעין
למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלה על ידי העלמת פרטנים שיש להם חשיבות לעניין, דין קנס כספי או מאסר.
ידעו לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרטתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלאה או על
יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתorum 30 יום.
כמו כן אני מתחייב להודיע לפחות על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך _____ חתימת התובע

פרטן מגיש התביעה שאינו הנפגע

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

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: ייפוי כח, צו אפוטרופוסות, פסק דין או היתר סודיות – יש לצרף לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה

מספר זהות ס"ב

פרטים על פגיעה מוחץ לעסק או למפעל

12

 הפגיעה אירעה מוחץ למפעל – תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה: _____

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

אם העובד מועסק דרך קבוע מכוון לכולי המפעל? לא כן בדרך כלל מועסק ב: _____אם נכון עובדים נוספים בעת הפגיעה? לא כן 1. שם _____ ת.ז. _____
2. שם _____ ת.ז. _____

תפקידו	שם העובד שנ tantr לtolower את ההוראה לצאת	מטרת יציאתו מוחץ למפעל	תפקיד הנפגע במפעל
שעת החזרה הצפוייה			שעת היציאה

 פגעה בדרך לעבודה

באיזו שעה היה עליו להתחילה לעבוד? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמר לעבד? _____

 פגעה בדרך הביתהבאיזו שעה סיים את העבודה? כן לא, _____ האם סיים בשעה הקבועה? _____ הכתובת שבה עבר לפניו היציאה לבתו: _____ הסיבה ליציאה המוקדמת: _____

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

13

מספר תיק ניכויים במועד לביטוח לאומי _____ שם המפעל / המעסיק _____

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

תאריך תחילת העבודה: _____
מעמד העובד: קבוע ארעי יומי חדש, ימי העבודה- %
שבוע: _____
היקף המשרה- % _____ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות
ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? כן לאבטבלה שללן יש לכלול את כל רכבי השכר, את התוספות החודש פעמיות, הפרושים או המענקים ששולםו ב-4 החודשים
קדמו להפסקת העבודה

חודש	הפסקת העבודה	מספר הימים בשבורם שולם השכר	העובד הוא יום	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חודש פעמיות, מענק או הפרושים שנכללו בשכר ברוטו שם התשלומים סכום לתקופה	חודש
חדש			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
חדש			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
חדש			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
חדש			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

 העובד שב לעבודה בתאריך _____ העובד לא שב עדין לעבודה. העובד ממשיר להימנות על עובדי המפעל: _____ כן לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה: _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעות המעסיק מפיק תלוší שכר _____

פרטים על תשלום דמימחלה על-ידי המUSIC/גרן דמימחלה

14

אם העובד זכאי לתשלום דמי מחלת ע"י המועסיק? (נכון ליום הפגיעה)

- כ) צין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה:

- לא.**  העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

- לא נצברו ימי מחלוקת

- אחר

- העובד זכאי ל

העובד זכאי לתשלום דמי מחלת ע"י הקון לדמי מחלת

(שם הקורן)

הצהרת המעסיק

15

אננו החתוםים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט לנא לפרט את ההסתמאות, אם ישן, בעניין הפגיעה.

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

תאריך _____ **תפקיד החותם** _____ **שם החותם** _____ **חותמה וחותמת** _____ **X**

פרטיט משלימים למעסיק מורה/ מאושר

16

- העורך זכאי לפטור רשייעור 100% ממה הינו שווה

מעסיק מורשה לפי תקינה 22:

השורטט נכלל בהרשאות ומועד מתקאריב

העובד נכלל בהרשותה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____

העובד אינו נכלל עם העובדים שבבעורם ניתנה הרשות לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

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

קַיְבּוֹツָן

הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח

בונגן איזה חרב גיבוץ - מופיע בוגר בית הספר

חטיפות פמאניג וחותמת *

(ודברש בק רמחנויות של פרנויות Marshalities)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי

מיןיל הגמלאות

פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואי

שם הגמלאה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלאה
יום חודש שנה	_____	60
שם פרטי	שם המשפחה	
חבר בקופת חולים		

כללית מאוחדת מכבי לאומי אחר

הצהרה

2

אני הח"מ, שפטני האישים מופיעים בטופס זה, מזמין על הסודיות הרפואי ומקש בהזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כחוי, כל מידע בקשר למחלתי, מצב הרפואתי, הטיפול שנייתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

חתימת המבוטח ✕

תאריך