



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

המוסד לביטוח לאומי  
מנהל הגלומות  
פגיעה בעבודה



## חובה לזרוף לטופס זה

### CHASE FOR THE TOPS OF THIS

- ↳ מסמך רפואי המעיד על הליקוי הרפואי כמו: דוח רפואי, סיכום מחלת, תוצאות בדיקות ופענוח הדמיה.
- ↳ עובד זר – חובה לזרוף צילום דרכון הכלול את אישרת השהייה; תושב שטחים חובה לזרוף צילום תעודת זהה.
- ↳ מתנדבים – יש לזרוף טופס הפניה לממתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.

### לידיעתך

- ↳ יש להגיש טופס נפרד לכל מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה.
- ↳ על פי חוק, לא תשלום gamla לתקופה העולה על 12 חודשים למשך (לאחר) מיום הגשתה.
- ↳ אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעובדה בטופס בל/200, תוך 12 חודשים ממועד הופעת המחלת / הליקוי הרפואי.
- ↳ הגשת התביעה במועד מאוחר יותר עלולה לגרום לגמלאה כולה או חלקה עליך להעביר למוסד לביטוח לאומי את כל התעודות הרפואיות המצוירות ברשותך לפניהם שתוזמן לוועדה רפואיית.
- ↳ מזמן זמן טיפול משוער בתביעה למחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה הוא 150 ימים, ממועד קבלתה ועד לקבלת החלטה. לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעה מוצגים באתר האישית של המוסד לביטוח לאומי בכתובת [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)
- ↳ ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס הרתביעה את פרט הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, ישלח אליך א-מייל עם הפניה לצפיה במסמך באופן בטוח באתר השירות האישית של הביטוח הלאומי.

### HOW TO FILE A COMPLAINT

- ↳ עליך לזרוף אישורים נוספים לפי הנדרש בטופס התביעה.
- ↳ אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה בחברה לבעל שליטה או בעל מנויות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8.
- ↳ תביעה לא חתומה (בסעיף 11 במקום המנסומן ב- A) תוחזר בדואר, ותיחשב כאילו לא הוגשה עליך לחתום על ספח ויתור סודיות רפואי.
- ↳ בתביעה של עובד שכיר על המעסיק למלא את סעיפים 12 עד 13 ולהחותם בסעיף 13.
- ↳ תביעות של עובדים, אשר מעסיקיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 (מעסיק שקיבל הרשות מהמוסד לתשלומים דמי פגעה ישירות לעובד), יוגשו ע"י המעסיקים.
- ↳ במידה והتبיעה מוגשת ע"י אופטורופו – יש לזרוף צו אופטורופוסות.
- ↳ **אפשרות מלא טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליין (בأون מקוون) באמצעות אתר האינטרנט** [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)
- ↳ כמו כן, ניתן לשולח את טופס התביעה יש לשולח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגורי.
- ↳ לשאלות ולבירורים יש לפנותטלפון 6050\* או 04-8812345.
- ↳ מידע נוספת לסייע למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוטח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

0   1	מספר זהות / דרכון סוג דפים המופיע	לשימוש פנימי בלבד (סרייקה)
-------	--------------------------------------	----------------------------

חותמת קבלה	
------------	--

המוסד לביטוח לאומי

מינרל הגמלאות

פגעה בעבודה



**תביעה למחלות מקצוע או ליקוי  
רפואי עקב תנאי עבודה**

<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"/> מחלת מקצוע, פרט _____ <input type="checkbox"/> ליקוי רפואי, פרט _____
---	---

פרטי התובע		
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) ס"ב	שם פרטי שם משפחה	
תאריך עליה ימים חודשים שנים	תאריך לידיה ימים חודשים שנים	
מצב משפחתי: <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> נושא/ה <input type="checkbox"/> גירוש/ה <input type="checkbox"/> ידועה בזכותו		
<b>כתובת (הרשמה במשרד הפנים)</b>		
מיקוד      מושב      דירה      כניסה      מס' בית      רחוב / תא דואר	מיקוד      מושב      דירה      כניסה      מס' בית      רחוב / תא דואר	
דואר אלקטרוני: _____ @ _____	טלפון נייד _____ <input type="checkbox"/> אני מאשר קיבלת מכתבים באינטרנט SMS	טלפון קווי _____
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה לעיל)</b>		
מיקוד      מושב      דירה      כניסה      מס' בית      רחוב / תא דואר	מיקוד      מושב      דירה      כניסה      מס' בית      רחוב / תא דואר	

פרטי מקום העבודה שירות/מתנדב/הכשרה מקצועית	
מיקוד      מושב      דירה      כניסה      מס' בית      רחוב / תא דואר	מיקוד      מושב      דירה      כניסה      מס' בית      רחוב / תא דואר
טלפון קווי _____ טלפון נייד _____ מס' פקס _____	
האם אתה אחד מבני החברה/בעל שליטה בחברה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____	
האם יש לך משפחתית בין לבן המעסיק: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____	
<b>עצמאי</b>	
מיקוד      מושב      דירה      כניסה      מס' בית      רחוב / תא דואר	מיקוד      מושב      דירה      כניסה      מס' בית      רחוב / תא דואר
טלפון קווי _____ טלפון נייד _____	
שם העסוק _____ סוג העיסוק _____	

## פרטים על המחלת או הליקוי הרפואי

3

<p>יש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על אבחון המחלת או הליקוי הרפואי, כמו: תוצאות בדיקות עזר, סיכום רפואי, פענוח הדמיה ועוד'</p>	<b>שם המחלת או הליקוי</b>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 15%;">שנה</td> <td style="width: 15%;">חודש</td> <td style="width: 15%;">יום</td> <td style="width: 15%;">שעות</td> <td style="width: 15%;">שעות</td> <td style="width: 15%;">שעות</td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום	שעות	שעות	שעות	<b>תאריך הופעת המחלת</b>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 15%;">שנה</td> <td style="width: 15%;">חודש</td> <td style="width: 15%;">יום</td> <td style="width: 15%;">שעות</td> <td style="width: 15%;">שעות</td> <td style="width: 15%;">שעות</td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום	שעות	שעות	שעות
שנה	חודש	יום	שעות	שעות	שעות									
שנה	חודש	יום	שעות	שעות	שעות									

נא תאר ופרט מהם תנאי עבודהך שגרמו להתפתחות המחלת או הליקוי הרפואי

אם עבדתך כרוכה בחשיפה לחומרים וברשותך דפי מידע על חומרים אלה, נא צרף אותם  
אם בוצעו בדיקות ניתור סביבתיות במקום העבודה?  לא  כן, (אם ברשותך תוצאות הניתור, נא צרף אותן)

באלן תפקידים העוסקת במקום העבודה, נא תאר את סוג העבודה (ניתן לצרף גליון נוסף)

תקופת העבודה	<hr/>
תקופת העבודה	<hr/>
תקופת העבודה	<hr/>

אם ידוע לך על עובדים נוספים שלקוו במחלת?  לא  כן, פרט:

שם	כתובת	מספר טלפון
שם	כתובת	מספר טלפון

נא צין מקומות העבודה קודמים בהם עבדת, בישראל וב בחו"ל (ניתן לצרף גליון נוסף)

מקום העבודה וסוג העבודה	<hr/>
מקום העבודה וסוג העבודה	<hr/>

מקום העבודה וסוג העבודה  תפקיד  תקופה עבודה

שם מקבל ההודעה	שם	תאריך מסירת הודעה
שם	שם	תאריך מסירת הודעה

## פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על הליקוי)

4

שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ושעה קבלת הטיפול לראשונה
שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ושעה קבלת הטיפול לראשונה

אם סבלת בעבר ממחלת או מכאבים הקשורים או דומים למצבר ביום?  לא  כן, פרט

קופת חולים שבה אתה חבר

- כללית  לאומי
- מכבי  מאוחדת

**פרטי הרופאים המטפלים**

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

**פרטים על שירות צבאי****5**האם שרתת בצה"ל?  לא  כן, נא ציין את פרופיל הגיyo \_\_\_\_\_

האם התפתחו ליקויים רפואיים במהלך שירותך הצבאי, נא פרט \_\_\_\_\_

**סיווג בהגשת התביעה****6**האם תביעת הוגשה באמצעות גופם מס'יע?  לא  כן,הגוף המסייע:  עו"ד  חברתימוש זכויות  יד מכונת  בית חולים

שם הגוף המציג או המסייע: \_\_\_\_\_

**פרטים על תביעות נגד צד ג'****7**

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג' בקשר למחלתו או הליקוי הרפואי?

תביעת נגד \_\_\_\_\_ שם העו"ד המטפל \_\_\_\_\_

כתובתו \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_ פקס \_\_\_\_\_ דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_

התביעת הוגשה בבית המשפט  השלום  המחו"ז עיר \_\_\_\_\_ מס' תיק אזהרה: \_\_\_\_\_

**פירוט העיסוקים****היעדרות מהעבודה לפני הופעת המחלת או הליקוי הרפואי**

אם בשלושת החודשים שקדמו להופעת המחלת או הליקוי געדרת מהעבודה, נא סמן את הסיבה:

- מחלת  חופשה  אחרת \* **נא לצרף אישורים מתאימים**
- קיבלת גמלאה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלאה \_\_\_\_\_
- עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף \* **נא לצרף אישורים או תלוishi שכיר לשלוושת החודשים הנ"ל**

**הצהרה על היעדרות מהעבודה כתוצאה מהמחלה או הליקוי הרפואי**

עד תאריך

מתאריך

 לא עבדתי כלל כתוצאה מהמחלה או  
ליקוי הרפואי

עד שעה

משעה

עד תאריך

מתאריך

 שהייתי  
בעסק  
/  
בעבוד  
תי

יום

חודש

שנה

 חזרתי לעבודה מלאה בתאריך \_\_\_\_\_  לא נעדרתי מהעבודה טרם חזרתי לעבודה \_\_\_\_\_ לא נעדרתי מהעבודה שעוט העבודה במשלוח ידי או בעבודתי לפני המחלת או הליקוי הרפואי הינו שעוט העבודה במשלוח ידי או בעבודתי לפני המחלת או הליקוי הרפואי הינו**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 המחות ועוד)**

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

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובות)

מהו התקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלhallן נכונים

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה **X** \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_

## פרטי חשבון הבנק של התובע

10

כל תשלום שיגע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבരו לחשבון שפרטיו רשומים מטה:

שם בעלי החשבון

שם הבנק	מספר חשבון	שם הסניף / כתובתו	מספר סניף

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

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוק חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כלו או חלקו שולם בעלות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיים של מושבי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשרות ממוחשבת, לצורך **אימות בעלויות** בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל /או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטיה של הבנק שמסרטתי לעיל. ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע **אימות פרטי חשבון הבנק** שמסרטתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישתך.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מקבל התשלום ✕

11

## פטור ממש הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממש הכנסה ערב הפגיעה

 עיור/ נכה 100%  פטור חלק

12

## הצהרת התובע/מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזזה כי כל הפרטים שמסרטתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכון או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודען למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דין קנס כספי או מאסר. ידוע 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 בטור 30 יום. כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע ✕

## פרטי מגיש התביעה שאינם הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד		
<input checked="" type="checkbox"/> אני מאשר קיבלת מכתבים באינטרנט			
דואר אלקטרוני: @_____	אשר קיבלת הודעות SMS <input checked="" type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		

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

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה	מספר זהות ס"ב

**פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה – ימולא ע"י המעסיק**

מספר תיק ניכויים במועד לבתו לאומי		שם המפעל / המעסיק					
מעמד העובד: _____ שבוע: _____	מספר ימי העבודה שבוע: _____	תאריך תחילת עבודה: _____	היקף המשרה ב-% היקף העבודה _____				
<input type="checkbox"/> אם בשלושת החודשים שקדמו למחלה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____ <b>ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה.</b> האם שולם שכר בעבור ימים אלה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא							
<b>בטבלה שללון יש לכלול את כל רכבי השכר, את התוספות החד פערניות, הפרושים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים</b> <b>קדמו להפסקת העבודה</b>							
תוספת חד פערנית, מענק או הפרושים <b>שנכללו</b> בשכר ברוטו		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח		העובד הוא		מס' הימים בעבורם שולם השכר	החודש, כולל חודש הפסקת העבודה
סכום	שם התשלום	ליקופיה	חודש	יום	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
<input type="checkbox"/> העובד שב לעבודה בתאריך _____ <input type="checkbox"/> העובד לא שב לעבודה בתאריך _____ <input type="checkbox"/> העובד ממשיר להימנות על עובדי המפעל: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, סיבת הפסקת העבודה: _____ <b>שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעות המעסיק מפיק תלושי שכר _____</b>							

**הצהרת המעסיק**

אם החותמים מטה מאשרים, כי הפרטים שמשר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפ' מיטב ידיעתנו, פרט ל':  
נא לפרט את ההסתיגויות, אם ישן, בעניין הפגיעה.

---



---

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

תאריך \_\_\_\_\_ תפקיד החותם \_\_\_\_\_ שם החותם \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת **✗**

**פרטים משלימים למשיטה מורשתה/ מאושר**

העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממש הכנסה

**מעסיק מורשתה לפי תקנה 22:**

העובד נכלל בהרשה ונעדר מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ ושיילמו לו דמי פגעה כחוק.

העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשות לחברה / מפעל.  
**מעסיק מאושר לפי סעיף 343:**

אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)  
**קיובץ:**

הנפגע חבר קובץ מופיע בסוג ביטוח \_\_\_\_\_

הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח \_\_\_\_\_

**חתימת המעסיק וחותמת **✗**** \_\_\_\_\_ (נדרש רק במקרים של פרטיים משלימים)



**המוסד לביטוח לאומי**  
מינימל הגמלאות  
פגיעה בעבודה



### כתב ויתור סודיות רפואית

#### שם הగמלאה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלאה
		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 _____		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיו האישיים מופיעים בטופס זה, מווותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כחכו, כל מידע בקשר למחלתי, מצב הרפואתי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידך או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

חתימת המבוטח **x**

תאריך \_\_\_\_\_