



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

המוסד לביטוח לאומי
מנהל הכלליות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגעה והודעה על פגעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- ↳ תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר רפואי או סיכום מחלת הבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואית כתוצאה מהפגיעה.
- ↳ עצמאי – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסוק, יש לצרף אישור מהגורם עבورو ביצעת את העבודה (חשבונית על ביצוע העבודה, הזמן העבודה, תעודת משלו 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 תשלום 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 לקבעת דרגת נכות מעובדה בטופס בל/200.
- ↳ עליך להעביר למוסד לביטוח לאומי את כל התעודות הרפואיות המצוויות ברשותך לפניהם שתוזמן לוועדה רפואית.
- ↳ ממשך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגעה הוא 60 יום, ממועד קבלתה ועד לקבלת החלטה (למעט במקרים מסוימים). לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישית של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il
- ↳ ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקומות מכתב בדואר, ישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפיה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישית של הביטוח הלאומי.

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.
- ↳ התביעה שלא חתום עליה התובע (בסעיף 11 במקום המופיע ב-א) תוחזר בדואר, ותיחשב כאילו לא הוגשה עליך לחתום על כל הספקים של ויתור סודיות רפואי.
- ↳ בדיווחה של עובד שכיר על המושך למלא את סעיפים 12 עד 15 ולהחותם בסעיף 15.
- ↳ תביעות של עובדים, אשר מעסיקיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 (מעסיק שקיביל הרשות מהמוסד לתשלום דמי פגעה ישירות לעובד), יוגשו ע"י המעסיקים.
- ↳ במידה וה התביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופוסות.
- ↳ **באפשרות מלא את טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליין (בأون מקוון) באמצעות אtor 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 להכיסס לטיילת השירות המוצבת מחוץ לסניף.
- ↳ לשאלות ולבירורים יש לפנותטלפון 6050* או 04-8812345.
- ↳ מידע נוסף ניתן 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

<input type="checkbox"/> מס' זהות / דרכון	לשימוש פנימי בלבד (סרייה)
0 1	דפים המסמך

המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



tabia latshlom dumi fgeya והודעה על פגיעה בעבודה

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

פרטי התובע		שם משפחה
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) ו"ב	שם פרטי	
תאריך עלייה שנה חודש יom	תאריך לידה שנה חודש יom	מספר איש בצה"ל
מצב משפחתי: <input type="checkbox"/> רוקה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גירוש/ה <input type="checkbox"/> ידועה הציבור		
כתובות (הרשומה במשרד הפנים)		
רחוב / תא דואר מיקוד	מספר בית כניסה דירה יישוב	רחוב / תא דואר מיקוד
@ דואר אלקטרוני:		טלפון נייד <input type="checkbox"/> אני מאשר קיבלת מכתבם באינטרנט SMS
מען למכתבם (אם שונה מהכתובת הרשומה לעיל)		
רחוב / תא דואר מיקוד	מספר בית כניסה דירה יישוב	רחוב / תא דואר מיקוד

פרטי מקום העבודה שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית	
טלפון קווי טלפון נייד מספר פקס	שם מעסיק / מפעל תקיקד התובע במקום העבודה
רחוב / תא דואר מיקוד מספר בית כניסה דירה יישוב	רחוב / תא דואר מיקוד מספר בית כניסה דירה יישוב
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:	
עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעבודה – יש לצרף אישור על העבודה שאוותה ביצעת/ הייתה אמרה בוצע)	
טלפון קווי טלפון נייד טלפון נייד	שם העסוק סוג העיסוק רחוב / תא דואר מיקוד מספר בית כניסה דירה יישוב

1

2

3

פרטי הפגיעה

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפגיעה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה
				שנה יומן חודש שנה

היכן אירעה הפגיעה?

 במקום העבודה: במפעל/בעסק

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

 דרך לבית מבחן למפעל

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

בתאונות בדרכך: 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 נכחו עדימם בתאונה?: לא כן , פרט:

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

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

תפקיד	שם מקבל הודעה	תאריך מסירת הודעה
		שנה יומן חודש שנה

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

מי טיפול לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)	מחות החבלת (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	האיבר שנפגע
שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ועת קבלת הטיפול לראשונה
		שנה יומן חודש שנה

אם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבר חיים? לא כן,

פרט _____

קופת חולים שבה אתה חבר <input type="checkbox"/>	כללית <input type="checkbox"/> לאומי <input type="checkbox"/>
מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/>	

פרטי הרופאים המתפללים

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

5

סיווג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גופם מסויע? לא כן,

הגוף המסייע: עו"ד חברת מימוש זכויות יד מקוונת בית חולים

שם הגוף המסייע או המסייע: _____

6

פרטים על תאונת דרכים

מספר התיק במשטרה	טיפול בתאונה תחנות משטרתית ב-	האם נמסרה הודעה על התאונת למשטרת? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, (אם כן, חובה לצרף דוח משטרתי)	1
------------------	----------------------------------	--	---

מספר רישוי	ולגר רגלי <input type="checkbox"/> נסוע ברכב <input type="checkbox"/> נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודה ביטוח) מספר רישוי <input type="checkbox"/> פרט <input type="checkbox"/> מLAGZA <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 ורישון רכב.	האם נפגעת בהיותך: <input type="checkbox"/> הולך רגל <input type="checkbox"/> נהג ברכב <input type="checkbox"/> נסוע ברכב (נא לצרף צילום תעודה ביטוח) סוג הרכב המעורב בתאונה:	2
------------	---	--	---

פרטיית <input type="checkbox"/> מקום העבודה <input type="checkbox"/> חברת השכירה/לייסינג (יש לצרף עותק ההסכם) <input type="checkbox"/> רכב ציבורי <input type="checkbox"/> אחר	רכב פרטי: <input type="checkbox"/> רכב ציבורי <input type="checkbox"/> אחר	רכב בעלותך:	3
---	--	-------------	---

במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה _____ ומספר הקו _____	פרטי הנהג	5
--	-----------	---

מספר זהות / דרכון ס"ב	שם ומשפחה	פרטי הנהג	5
מספר זהות / דרכון ס"ב	שם ומשפחה	נוסעים נוספים ברכב:	6
מספר זהות / דרכון ס"ב	שם ומשפחה		7

שם חברת הביטוח מס' פוליסה	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 תביעה פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג'? תביעה נגד _____ שם העוז"ד המתפל כתובתו _____ טלפון _____ פקס _____ דואר אלקטרוני _____	התביעה הוגשה בבית המשפט <input type="checkbox"/> השלום <input type="checkbox"/> המוחזק בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____	7
--	---	---

פרטים על תאונה בנזקיין

<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 תביעה נזקיין או פיזיים מצד ג' בקשר לפגיעה? לא כן,

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____

כתובתו _____ מס' טלפון _____

דואר אלקטרוני _____ מס' פקס _____

אם יש ברשותך תמונות מקום הנפגע? לא כן

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

פירוט העיסוקים**לפני הפגיעה**

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

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

קיבלת גמלאה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה,AMILAIM, נכונות, זקנה וכו') סוג הגמלאה _____

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

לאחר הפגיעה

עד תאריך	מ��אריך	לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד שעה	משעה	עד תאריך	מ��אריך	שהיה/ בעיר/ בעבודה טי

חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודהתי בஸליחן ידי או בעבודתי לפני הפגיעה עבודה _____ עד שעה: _____ משעה _____

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 עבודהך בפועל? (יש לציין כתובות)

מהו היקף העבודה? (יש לפרט ימים ושעות)

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

פרטי חשבון הבנק של התובע

10

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

שםות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מספר סניף	שם הסניף / כתובתו

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להבהיר את התשלום: לחשבון הקיבוץ / המושב לחשבון הפרט*י*

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחויר למועד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתקוּן חשבוני, אם המודע יפקיד לחשבון תשלום אשר כלו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למועד את פרטייהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המודע יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך **איומות בעלות** בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושທהנק הנ"ל / או עובד מטעמו ימסור למועד את המידע הנחוצץ לו לאimotoות פרט*י* לחשבון הבנק שמסרתי לעיל. **לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשיι לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע איומות פרט*י* לחשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישת*ה*.**תאריך _____ חתימת מקבל התשלום

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

11

 עיור/ נכה 100% פטור חלק * *

הצהרת התובע/מגיש התביעה

12

אני החתום מזהיר בזיה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
 ידוע לי, שஸירת פרט*י* לא נכונים או העלםת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין לממן קצבה לפי חוק זה או להגדלה על ידי העלםת פרט*י* שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנו כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלאה או על יצירת חובה, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי במשך 30 ימים.
 כמו כן אני מתחייב להודיע למועד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך _____ חתימת התובע

פרטי מגיש התביעה שאינם הנגעים

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	ס"ב	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קיבלת מכתבים באינטרנט			

דו"ר אלקטרוני: _____ @_____ מאשר קיבלת הודעות SMS כן לא

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

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה	מספר זהות ס"ב

פרטים על פגעה מוחץ למשך או למפעל

13

 הפגיעה ארעה 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 מוחץ לcottali המפעל? לא כן בדרך כלל מועסק ב: _____אם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? לא כן 1. שם _____ ת.ז. _____
2. שם _____ ת.ז. _____

תפקידו	שם העובד שנutan לתובע את ההוראה לצאת	מטרת יציאתו מוחץ למפעל	תפקיד הנפגע במפעל
שעת החזרה הצפוייה			שעת היציאה

 פגעה בדרך לעובדה

באיזה שעה היה עליו להתחיל לעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמר לעובוד?

 פגעה בדרך הביתה

באיזו שעה סיים את העבודה? _____ הכתובת שבה היה אמר לעובוד?

הסיבה ליציאה המוקדמת: _____

פרטי שכר-ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

14

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי		שם המפעל / המעסיק	
מספר ימי העבודה בשבוע: _____	מספר ימי העבודה בשבוע: _____	תאריך תחילת העבודה: _____	מספר ימי העבודה בשבוע: _____

 אם בשלושת החודשים שקדמו לפגעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____
ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבר ימים אלה? כן לאבטבלה שולחן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעריות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים
קדמו להפסקת העבודה

תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	שם התשלומים	סכום	لتקופה	שכר ברוטו חייב בדמי ביחס לחודש זה בש"ח	העובד הוא		מס' הימים בעבורם שולם השכר	החודש, כולל חודש הפסקת העבודה
					יום	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"/>	<input type="checkbox"/>		חודש

 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 תלוishi שכר

15

פרטים על תשלום דמי מחלת על-ידי המUSIC/קרן דמי מחלת

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

(כן, צין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____)

 לא, העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו לא נצברו ימי מחלת אחר _____ העובד זכאי לתשלום דמי מחלת ע"י הקאן לדמי מחלת

(שם הקאן)

הצהרת המUSIC

16

אם החתום מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט לו:
נא לפרט את ההסתיגויות, אם ישן, בעניין הפגיעה.

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

תאריך _____ תפקיד החתום _____ חתימה וחותמת

17

פרטים משלימים למעסיק מורשה/ מאושר העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה**מעסיק מורשה לפי תקנה 22:** העובד נכלל בהרשאה ונדרך מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמו לו דמי פגיעה כחוק. 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)**קבוץ:** הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____**חתימת המעסיק וחותמת**

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מיניבל הגלומות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואי

שם הגלמה: דמי פגעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלאה
 ים חודש שנה		60
שם פרטי	שם משפחה	

חבר בקופת חולים

כללית מאוחדת מכבי לאומי אחר

הצהרה

2

אני הח"מ, שפטתי האישים מופיעים בטופס זה, מווותר על הסודיות הרפואי וմבקש בזה למסור
למוסד לביטוח לאומי או לבא כחוי, כל מידע בקשר למחלתי, מצביו הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו
או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕