



לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמיצוי זכויות,
יש לסרוק את הברקוד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואית 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 זיהוי
- ☞ 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
- ☞ **ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר.** לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי 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 מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8.
- ☞ תביעה שלא חתם עליה התובע (בסעיף 12 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 13 עד 16 ולחתום בסעיף 16.
- ☞ 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.
- ☞ **באפשרותך למלא את טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליין (באופן מקוון) באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il**
- ☞ כמו כן, את טופס התביעה ניתן לשלוח בדואר, למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך או להכניס לתיבת השירות המוצבת מחוץ לסניף.
- ☞ לשאלות ולברורים יש לפנות לטלפון 6050* או 04-8812345.
- ☞ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

| | |
|---------------------------|-------------------|
| לשימוש פנימי בלבד (סריקה) | |
| מס' זהות / דרכון _____ | מס' דפים _____ |
| סוג המסמך 0 1 | _____ |

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



**תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה**

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> תאונה בעבודה <input type="checkbox"/> מחלת מקצוע, פרט _____ | <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> מתנדב <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"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוודה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור | | |
| כתובת (הרשומה במשרד הפנים) | | |
| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה |
| _____ | _____ | _____ |
| דירה | יישוב | מיקוד |
| _____ | _____ | _____ |
| טלפון קווי | טלפון נייד | <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____@_____ |
| _____ | _____ | <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS |
| מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה) | | |
| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה |
| _____ | _____ | _____ |
| דירה | יישוב | מיקוד |
| _____ | _____ | _____ |

2

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א'

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

| | | |
|---|--------------------------|------------|
| שם מעסיק/ מפעל | תפקיד התובע במקום העבודה | טלפון קווי |
| _____ | _____ | _____ |
| רחוב / תא דואר | מספר בית | טלפון נייד |
| _____ | _____ | _____ |
| מיקוד | יישוב | 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 אמורה לבצע) | | |
| שם העסק | סוג העיסוק | טלפון קווי |
| _____ | _____ | _____ |
| רחוב / תא דואר | מספר בית | טלפון נייד |
| _____ | _____ | _____ |
| מיקוד | יישוב | _____ |
| _____ | _____ | _____ |



2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

| | | | |
|----------------|--|-------|--------------------------|
| מקום השירות | <input type="checkbox"/> צה"ל <input type="checkbox"/> שב"ס <input type="checkbox"/> משטרה <input type="checkbox"/> אחר | | |
| מספר הכנסת | <input type="checkbox"/> | משא"ז | <input type="checkbox"/> |
| מספר בית | יישוב | מיקוד | |
| רחוב / תא דואר | | | |

טלפון קווי _____
 טלפון נייד _____
 מס' פקס _____

תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום שירות קבע _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

כן לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

| | | | | |
|-----------------|-------------------|------------|------------|-----------------------|
| 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)

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

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט _____

האם נכחו עדים בתאונה?: לא 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? לא כן, אם כן, נא למלא חלק 5 בעמוד הבא

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

| | |
|----------------|-----------------------|
| שם מקבל ההודעה | תאריך מסירת ההודעה |
| תפקיד | _____ שנה חודש יום |

4

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

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|----------|---|--|-----|-----|------|-----|--|--|--|--|
| מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שיחת רפואי) | | מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך) | | האיבר שנפגע | | | | | | | | | |
| שם בית החולים / מחלקה | | תקופת אשפוז | | תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה | | | | | | | | | |
| | | | | <table border="1"> <tr> <td>שעה</td> <td>יום</td> <td>חודש</td> <td>שנה</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | | שעה | יום | חודש | שנה | | | | |
| שעה | יום | חודש | שנה | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 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 <input type="checkbox"/> אחר _____ | | | | | | | | | |
| פרטי הרופאים המטפלים | | | | | | | | | | | | | |
| טלפון המרפאה | כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל | תחום המומחיות | שם הרופא | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

5

סיוע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? לא כן,

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

שם הגוף המייצג או המסייע: _____

6

פרטים על תאונת דרכים

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| מספר התיק במשטרה | טיפלה 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 בהיותך: <input type="checkbox"/> הולך רגל <input type="checkbox"/> נוסע ברכב <input type="checkbox"/> נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח) | | | 2 | |
| מספר רישוי | 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 | |
| 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 _____ טלפון _____ פקס _____ דואר אלקטרוני _____ התביעה הוגשה בבית המשפט <input type="checkbox"/> השלום <input type="checkbox"/> המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____ | | | | 7 |

7

פרטים על תאונה בנזיקין

| | |
|--|--------------------|
| נפילה ממקום גבוה <input type="checkbox"/> נפילה במדרגות או במדרכה פגומה <input type="checkbox"/> התחשמלות <input type="checkbox"/> תקיפה <input type="checkbox"/> פגיעה מבעל חיים <input type="checkbox"/> אחר _____ | סוג התאונה בנזיקין |
| האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____ כתובתו _____ מס' טלפון _____ מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____ | |
| האם יש ברשותך תמונות ממקום הנפגע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן התביעה הוגשה בבית המשפט <input type="checkbox"/> השלום <input type="checkbox"/> המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____ | |

8

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|--|---|------|-----|---|--|--|--|-----|------|--|-----|------|-----|--|--|--|--|-----|------|-----|--|--|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה</p> | | <p>עד תאריך</p> <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 | | | | <p>מתאריך</p> <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 | | | | | | | | | | | | | | |
| שנה | חודש | יום | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| שנה | חודש | יום | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>עד שעה</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | | | | <p>משעה</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | | | | <p>עד תאריך</p> <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 | | | | <p>מתאריך</p> <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 | | | | <p><input type="checkbox"/> שהייתי בעסק / בעבודתי</p> |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| שנה | חודש | יום | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| שנה | חודש | יום | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>עד שעה</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | | | | <p>משעה</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | | | | <p>עד תאריך</p> <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 | | | | <p>מתאריך</p> <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 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| שנה | חודש | יום | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| שנה | חודש | יום | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><input type="checkbox"/> חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ <input type="checkbox"/> טרם חזרתי לעבודה <input type="checkbox"/> לא נעדרתי מהעבודה</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><input type="checkbox"/> עבודה</p> | <p>עד שעה:</p> | <p>משעה</p> | <p>שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

9

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** _____

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר 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.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך _____ חתימת מקבל התשלום * _____

11

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

עיוור/ נכה 100% פטור חלקי *

12

הצהרת התובע/מגיש התביעה

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 | <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____ @ _____ | |
| מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | | | |

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

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

| שם העד לחתימה | מספר זהות ב"ס |
|---------------|------------------|
| | |

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

13

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 |
|-------------------|------------------------|------------------------------------|--------|
| שעת היציאה | שעת החזרה הצפויה | | |

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 _____

14

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

| מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי | שם המפעל / המעסיק |
|-------------------------------------|-------------------|
| _____ | _____ |

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

אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת היעדרות _____
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

| שם התשלום | לתקופה | סכום | שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח | העובד הוא | | מס' הימים בעבורם שולם השכר | החודש, כולל חודש הפסקת העבודה |
|-----------|--------|------|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| | | | | יומי | 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 |

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 _____

15

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)

16

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 * _____

17

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)

נא ציין את מספר תעודת זהות _____ ותאריך הפגיעה _____ עמוד 9 מתוך 9

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

| | | |
|---|-----------------|----------|
| תאריך הפגיעה | מספר זהות/דרכון | קוד גמלה |
| | | 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, 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 ✕ _____