



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 עבור 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 והיתר העסקה משירות התעסוקה.
- ☞ 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). לנזכיר, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי 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 התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, ישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

### כיצד יש להגיש את התביעה

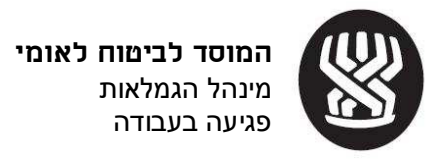
- ☞ יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו.
- ☞ עליך לצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בטופס התביעה.
- ☞ את טופס התביעה בצירוף המסמכים הנלווים ניתן:
  - למלא דרך אתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il) באמצעות כפתור תביעות מקוונות (און – ליין).
  - למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.
  - להכניס לתיבת השירות המוצבת מחוץ לסניף.
  - לשלוח את התביעה עם המסמכים הנלווים באמצעות פקס. אין צורך להגיש מסמכי מקור, למעט פסקי דין. עם זאת, המוסד יהיה רשאי לדרוש הצגה של מסמך מקורי, אם הצילום או הפקס שהתקבל אינו ברור, או מכל סיבה אחרת לפי שיקל דעתו של פקיד התביעות.
  - ניתן לשלוח מסמכים נוספים באמצעות שירות שליחת מסמכים באתר.
- ☞ 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.
- ☞ לשאלות וביירוים ניתן לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345
- ☞ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://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 סוג המסמך דפים	0 1

**חותמת קבלה**



**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 פרטי	שם משפחה	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
תאריך לידה	תאריך עלייה	מספר אישי בצה"ל
שנה חודש יום	שנה חודש יום	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
מצב משפחתי: <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור		
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>		
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		
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)</b>		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד

**2**

**פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אגא 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: _____		
<b>עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה/ לבצע)</b>		
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"/> משמר הכנסת <input type="checkbox"/> משא"ז <input type="checkbox"/> אחר	טלפון קווי _____ טלפון נייד _____ מס' פקס _____	רחוב / תא דואר מספר בית יישוב מיקוד	
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום שירות קבע _____ האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> במפעל/בעסק <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) _____ מחוץ למפעל <input type="checkbox"/> בדרך לביתך <input type="checkbox"/> (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) _____ תאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר <input type="checkbox"/> תאונה בבניין <input type="checkbox"/>				
תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט _____				
האם נכחו עדים בתאונה?: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן, נא למלא חלק 6 בעמוד 4				
מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה				
שם מקבל ההודעה	תאריך מסירת ההודעה	_____ שנה חודש יום		
תפקיד				

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
		שעה: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> יום: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> חודש: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> שנה: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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: \_\_\_\_\_

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
2 האם נפגעת בהיותך: <input type="checkbox"/> הולך רגל <input type="checkbox"/> נוסע ברכב <input type="checkbox"/> נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)			
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 _____ *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב.	סוג הרכב המעורב בתאונה:	3
4 הרכב בבעלות: <input type="checkbox"/> פרטית <input type="checkbox"/> מקום העבודה <input type="checkbox"/> חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם) <input type="checkbox"/> רכב ציבורי <input type="checkbox"/> אחר _____			
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		6 האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח
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 <input type="checkbox"/> השלום <input type="checkbox"/> המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____			

**7**

**פרטים על תאונה בנזיקין**

**סוג התאונה בנזיקין**

נפילה ממקום גבוה  נפילה במדרגות או במדרכה פגומה  התחשמלות

תקיפה  פגיעה מבעל חיים  אחר \_\_\_\_\_

תאונה בבניין שם האתר \_\_\_\_\_ שם הקבלן המבצע \_\_\_\_\_

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 האירוע?  לא  כן

התביעה הוגשה בבית המשפט  השלום  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>עד תאריך _____</p> <p>שנה _____ חודש _____ יום _____</p>		<p>מתאריך _____</p> <p>שנה _____ חודש _____ יום _____</p>		<p><input type="checkbox"/> לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה</p>
<p>עד שעה _____</p> <p>שעה _____</p>	<p>עד תאריך _____</p> <p>שנה _____ חודש _____ יום _____</p>	<p>מתאריך _____</p> <p>שנה _____ חודש _____ יום _____</p>	<p><input type="checkbox"/> שהייתי בעסק / בעבודתי</p>	
<p>עד שעה _____</p> <p>שעה _____</p>	<p>עד תאריך _____</p> <p>שנה _____ חודש _____ יום _____</p>	<p>מתאריך _____</p> <p>שנה _____ חודש _____ יום _____</p>		

חזרתי לעבודה מלאה בתאריך \_\_\_\_\_  טרם חזרתי לעבודה  לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה \_\_\_\_\_ עד שעה: \_\_\_\_\_

עבודה במשמרות

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 ✕ \_\_\_\_\_

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 ו/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

עיור/ נכה 100%  פטור חלקי \*

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 בידועין 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  x

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

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



נא ציין את מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_ ותאריך הפגיעה \_\_\_\_\_  
**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		

תאונה בבניין: שם האתר \_\_\_\_\_ שם הקבלן הראשי \_\_\_\_\_ שם הקבלן המבצע \_\_\_\_\_  
 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 ניקויים במוסד לביטוח לאומי	שם המפעל / המעסיק
_____	_____

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**

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.  
 האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט \_\_\_\_\_  
 העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל:  כן  לא,  העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: \_\_\_\_\_ סיבת הפסקת העבודה. חתימת המעסיק \_\_\_\_\_  
 שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר \_\_\_\_\_  
 חתימת המעסיק \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ שם ותפקיד החותם \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_

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 10 מתוך 10

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 ✕ \_\_\_\_\_