



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

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה למחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה

חובה לצרף לטופס זה

- ✍ מסמך רפואי המעיד על הליקוי הרפואי כמו: דוח מיון, סיכום מחלה, תוצאות בדיקות ופענוח הדמיה.
- ✍ עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון הכולל את אשרת השהייה; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זהויה
- ✍ מתנדבים – יש לצרף טופס הפניה למתנדב 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 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, תוך 12 חודשים ממועד הופעת המחלה / הליקוי הרפואי. הגשת התביעה במועד מאוחר יותר עלולה לפגוע בזכות לגמלה כולה או חלקה
- ✍ עליך להעביר למוסד לביטוח לאומי את כל התעודות הרפואיות המצויות ברשותך לפני שתוזמן לוועדה רפואית.
- ✍ **משך זמן טיפול משוער בתביעה למחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה הוא 150 יום, ממועד קבלתה ועד לקבלת החלטה.** 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, ישלח 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 לא חתומה (בסעיף 12 במקום המסומן ב-X) תוחזר בדואר, ותיחשב כאילו לא הוגשה עליך לחתום על ספח 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, ניתן לשלוח את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.
- ✍ לשאלות ולבירורים 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



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

תביעה למחלת מקצוע או ליקוי רפואי עקב תנאי עבודה

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

חותמת קבלה

מחלת מקצוע, פרט _____
 ליקוי רפואי, פרט _____
 שכיר עצמאי מתנדב
 הכשרה מקצועית חבר קיבוץ או מושב שיתופי

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) ס"ב
מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה	תאריך עלייה
יום _____ חודש _____ שנה _____	יום _____ חודש _____ שנה _____	יום _____ חודש _____ שנה _____
מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה <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
יישוב	מיקוד	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		
שם העסק	סוג העיסוק	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מספר בית	טלפון נייד
יישוב	מיקוד	

מקום השירות	<input type="checkbox"/> צה"ל		
	<input type="checkbox"/> משמר הכנסת		
	<input type="checkbox"/> מש"א"ז		
	<input type="checkbox"/> משטרה		
	<input type="checkbox"/> אחר		
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.			

יש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על אבחון המחלה או הליקוי הרפואי, כמו: תוצאות בדיקות עזר, סיכום רפואי, פענוח הדמיה וכד'	שם המחלה או הליקוי	תאריך הופעת המחלה שנה _____ חודש _____ יום _____
נא תאר ופרט מהם תנאי עבודתך שגרמו להתפתחות המחלה או הליקוי הרפואי _____ _____ _____		
אם עבודתך כרוכה בחשיפה לחומרים וברשותך דפי מידע על חומרים אלה, נא צרף אותם האם בוצעו בדיקות ניתור סביבתיות במקום עבודתך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, (אם ברשותך תוצאות הניתור, נא צרף אותן) באלו תפקידים הועסקת במקום עבודתך, נא תאר את סוג העבודה (ניתן לצרף גיליון נוסף) התפקיד וסוג העבודה _____ תקופת העבודה _____ התפקיד וסוג העבודה _____ תקופת העבודה _____ התפקיד וסוג העבודה _____ תקופת העבודה _____		
האם ידוע לך על עובדים נוספים שלקו במחלה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____		
שם	כתובת	מספר טלפון
_____	_____	_____
שם	כתובת	מספר טלפון
_____	_____	_____
נא צין מקומות עבודה קודמים בהם עבדת, בישראל ובחו"ל (ניתן לצרף גיליון נוסף) מקום עבודה וסוג העבודה _____ תפקיד _____ תקופת עבודה _____ מקום עבודה וסוג העבודה _____ תפקיד _____ תקופת עבודה _____		
מסירת הודעה למעסיק על המחלה או הליקוי הרפואי		
תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד
שנה _____ חודש _____	_____	_____

4

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

שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה
		שנה חודש יום שעה
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

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

5

פרטים על שירות צבאי

האם שרתת בצה"ל? לא כן, נא ציין את פרופיל הגיוס _____
 האם התפתחו ליקויים רפואיים במהלך שירותך הצבאי, נא פרט _____

6

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: _____

7

פרטים על תביעות כנגד צד ג'

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג' בקשר למחלתך או הליקוי הרפואי?
 תביעה נגד _____ שם העו"ד המטפל _____
 כתובתו _____
 טלפון _____ פקס _____ דואר אלקטרוני _____
 התביעה הוגשה בבית המשפט השלום המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

פירוט העיסוקים

היעדרות מהעבודה לפני הופעת המחלה או הליקוי הרפואי

אם בשלושת החודשים שקדמו להופעת המחלה או הליקוי נעדרת מהעבודה, 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**

הצהרה על היעדרות מהעבודה כתוצאה מהמחלה או הליקוי הרפואי

<input type="checkbox"/> לא עבדתי כלל כתוצאה מהמחלה או ליקוי הרפואי		מתאריך	עד תאריך
<input type="checkbox"/> שהייתי בעסק / בעבודתי	מתאריך שנה _____ חודש _____ יום _____ עד תאריך שנה _____ חודש _____ יום _____	משעה _____ עד שעה _____	משעה _____ עד שעה _____
<input type="checkbox"/> חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ <input type="checkbox"/> טרם חזרתי לעבודה <input type="checkbox"/> לא נעדרתי מהעבודה			
<input type="checkbox"/> עבודה במשמרות	עד שעה:	משעה	שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני המחלה או הליקוי הרפואי היו

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או 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 להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

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

אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט

טלפון נייד _____

טלפון קווי _____

דואר אלקטרוני: _____ @ _____

מאשר קבלת הודעות SMS כן לא

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

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה	מספר זהות ב"ס

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

שם המפעל / המעסיק				מספר תיק ניכיים במוסד לביטוח לאומי											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%; height: 20px;"></td> <td style="width:10%; height: 20px;"></td> <td style="width:10%; height: 20px;"></td> <td style="width:10%; height: 20px;"></td> <td style="width:10%; height: 20px;"></td> <td style="width:10%; height: 20px;"></td> <td style="width:10%; height: 20px;"></td> <td style="width:10%; height: 20px;"></td> </tr> </table>															
תאריך תחילת עבודה: _____		מעמד העובד: <input type="checkbox"/> קבוע <input type="checkbox"/> ארעי <input type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> חודשי		היקף המשרה ב-%: _____		מספר ימי העבודה בשבוע: _____									
<input type="checkbox"/> אם בשלושת החודשים שקדמו למחלה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____ ממת' _____ עד מת' _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא															
בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה															
החודש, כולל חודש הפסקת העבודה		מס' הימים בעבורם שולם השכר		העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח									
				יומי	חודשי	סכום	שם התשלום								
חודש	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
חודש	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
חודש	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
חודש	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> העובד שב לעבודה בתאריך _____ <input type="checkbox"/> העובד לא שב עדיין לעבודה.															
<input type="checkbox"/> העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה: _____ שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____															

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 **x** _____

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)

קיבוץ:
 הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____
 הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת **x** _____ (נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1

פרטים אישיים

<p>תאריך הפגיעה</p> <table border="1"> <tr> <td style="width: 33%;">שנה</td> <td style="width: 33%;">חודש</td> <td style="width: 33%;">יום</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום					<p>מספר זהות/דרכון</p> <table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>		<p>קוד גמלה</p> <p style="text-align: center; font-size: 24px;">60</p>
שנה	חודש	יום								
שם פרטי		שם משפחה								
<p>חבר בקופת חולים</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____ </p>										

2

הצהרה

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 אודותי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____