



לצפייה בסרטון הסביר על  
מילוי הטופס ולמצוי זכויות,  
יש לסרוק את הבקוד

המוסד לביטוח לאומי  
מנהל הגלומות  
פגיעה בעבודה



## תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

### חובה לצרף לטופס זה

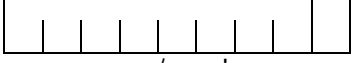
- ↳ **תעודה רפואי ראשונה** לנפגע בעבודה או דוח חדר מין או סיכום מחלת המabit החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואיית כתוצאה מהפגיעה.
- ↳ **עצמאי** – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסוק, עליך לצרף אישור מהගורם עבורי ביצעת את העבודה (כמו: חשבוניות על ביצוע העבודה, הזמן העבודה, תעודת משלהן וכדומה)
- ↳ **עובדزر** –חובה לצרף צילום דרכון, היתר העסקה, אישור בנק על פרטי החשבון המתנהל על שמו.
- ↳ **bosob shatichim**חובה לצרף צילום תעודת זהות, היתר העסקה משירות התעסוקה, אישור על פרטי חשבון בנק המתנהל על שמו.
- ↳ **מתנדב** –חובה לצרף צילום תעודת זהות, היתר העסקה משירות התעסוקה, אישור על פרטי חשבון בנק המתנהל על שמו.
- ↳ **בתאונת דרכים** יש לצרף אישור מהמשטרת, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק מתעודה ביטוח חובה.
- ↳ **במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס** – יש לצרף צו אפוטרופוסות.
- ↳ **אם אתה מיוצג ע"י עורך דין**, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות **מיצגים** בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין אפשרות לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או ייעוץ מס, יש לצרף טופס בל73: "ייפוי כוח ויתור סודיות למיצג בנושאי הגמלאות".
- ↳ **קורונה** – יש לצרף הפניה לבדיקה ותשובות בדיקת קורונה ראשונה, אישור מהמעסיק על סבירות גבוהה להדבכה במקום העבודה ופרטיו ממנה הקורונה במקום העבודה.

### לידיעות

- ↳ עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשלום הגמלאה לתקופה העולה על 12 חודשים למשך (לאחר) מיום הגשtha.
- ↳ **תביעה שלא נחתמה ע"י התובע** (בסעיפים 11 במקום המסומן ב-X), תוחזר בדואר ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- ↳ בתביעה של עובד שכיר **על המעסיק** למלא את סעיפים 1 – 5 בעמודים 7-6 ולהחזרם במקומות המסומנים ב-X.
- ↳ **משך זמן טיפול** משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא **60 יום**, (**למעט** **תביעה למחלות מקטוע**).
- ↳ **לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעה מוצגים** באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)
- ↳ אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשarra לך נכות – עליך להגיש **תביעה** **לקביעת דרגת נכות מעובדה בטופס בל/200**.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ↳ יש למלא את טופס התביעה על פי ההוראות הרשומות בו ולצרף את המסמכים הנדרשים.
- ↳ **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי או [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il), ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המתפל.
  - למלא באופן יידי, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/**שליחת מסמכים**.
  - לשולח בדואר, בfax או במשלוח השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
  - לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשרות למקד 6050\* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il) ..

 מספר זהות / דרכון  <input type="checkbox"/> סוג <input type="checkbox"/> דפים <input type="checkbox"/> המסמך	לשימוש פנימי בלבד (סרייה)	<b>חותמת קבלה</b>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	-------------------

**המוסד לביטוח לאומי**  
מנהל הגלומות  
פגיעה בעבודה



### תביעה לתשלום דמי פגעה והודעה על פגעה בעבודה

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

**1****פרטי התובע**

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)   ס"ב	שם פרטוי	שם משפחה
דואר אלקטרוני: <hr/> _____ @ _____	טלפון נייד	טלפון קווי
<b>אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלר – נא השלים את הפרטים הבאים:</b>		
מספר זהות איש קשר   ס"ב	שם פרטוי איש קשר	שם משפחה איש קשר

אני מסרב לקבל הודעות הכלולות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.  
לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי ישולחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרתת.

**מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים**

רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	שם מיקוד

**2****פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א'****שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית**

תפקיד התובע במקום העבודה					שם עסק/ מפעל
רחוב / תא דואר	מיקוד	יישוב	דירה	מס' בית	כניסה
טלפון פקס					טלפון פקס
טלפון נייד					טלפון קווי

אם אתה אחד מבני החברה/ בעל שליטה בחברה:  לא  כן, פרט:

אם יש לך חברה משפחתייה בין לBIN המ עסק:  לא  כן, פרט:

**עצמאית (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעבודה – יש לצרף אישור על העבודה שאוותה ביצעת/ הייתה אמרה לבצע)**

סוג העיסוק					שם העסק
רחוב / תא דואר	מיקוד	יישוב	דירה	מס' בית	כניסה
טלפון פקס					טלפון פקס
טלפון נייד					טלפון קווי

2א'

## פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

- שב"ס       משמר הכנסת  
 אחר       משטרת       משא"ז

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

תאריך הפגיעה	שנה	חודש	יום	שעות בשבוע	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה

היכן אירעה הפגיעה?

- במהלך העבודה       במהלך/בעסוק

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

- בדרך לביתר

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

- מחוץ למפעל

- תאונה בכביש

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

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

האם נכחו עדים בתאונה?:  לא  כן , פרט:

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

## מסירת הודעה למשיק על הפגיעה

טלפון	תפקיד	שם מקבל ההודעה	תאריך מסירת הודעה



4

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

מי טיפול לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)	נסיבות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	האיבר שנפגע
שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ומשך קבלת הטיפול לראשונה
אם סבלת בעבר ממחלה או מכבים באיבר או האיברים שנפגעו שמצוין על ידך לעיל? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, פרט ממה סבלת ומתי		
יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים		
פרטי הרופאים המטפלים		
טלפון המרפאה	כתובת המרפאה שבה טיפולתי או אני מטופל	שם הרופא

5

אם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסיע?  לא  כןהגוף המציג או המסייע:  עורך דין  חברת מימוש זכויות  יד מחונת  בית חולים  עמותה  אחר

אם אתה מציג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין "IFYI כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות" באתר הביטוח הלאומי. אם אין אפשרות לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשולח אלינו טופס בל73: "IFYI כוח ויתור סודיות למציג בתחום הגמלאות".

שם גורם מסיע	כתובת	טלפון

## פרטים על תאונה

6

תאונת דרכים. יש לצרף דוח משטרת והעתק מההודעה לחברת הביטוח.

 נפילה ממוקם גבוה  נפילה במדרגות או בדרך פגומה  התחשמלות תקיפה  פגעה מבעל חיים  אחר \_\_\_\_\_ תאונה בבניין שם האתר \_\_\_\_\_ שם הקבלן המבצע \_\_\_\_\_

## סוג התאונה

אם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה?  לא  כן

תביעה נגד \_\_\_\_\_ שם עורך הדין המטפל \_\_\_\_\_

כתובתו \_\_\_\_\_ מס' טלפון \_\_\_\_\_

דו"ר אלקטורי \_\_\_\_\_ מס' פקס \_\_\_\_\_

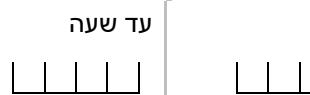
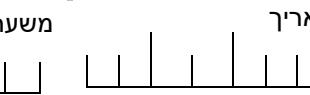
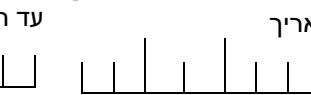
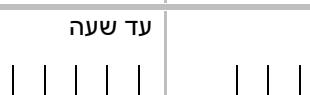
אם יש ברשותך תמונות מקום האירוע?  לא  כן, נא לצרףהתביעה הוגשה בבית המשפט  השלום  המחויזי בעיר \_\_\_\_\_ מס' תיק אזרחי \_\_\_\_\_

7

**פירוט העיסוקים****לפני הפגיעה**

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:

א.  עבדתי אצל עסק אחר/נוסח \* נא לצלף אישורים מתאימים.ב.  הכנסתי נגעה מהסיבה: מחלה  חופשה  אחרת \* נא לצלף אישורים מתאימים.**לאחר הפגיעה** לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה שהיתם בעסוק  
/ בעבודתי

עד תאריך 	עד תאריך 	עד תאריך 
עד שעה 	משעה 	עד תאריך 
עד שעה 	משעה 	עד תאריך 

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

שעות עבודה במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו :

 משעה \_\_\_\_\_ עד שעה: \_\_\_\_\_  
 עבודה במשמרות

8

צחורה 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 עבודתו בפועל? (יש לציין כתובות)

\_\_\_\_\_

מהו היקף עבודתה? (יש לפרט ימים ושעות)

\_\_\_\_\_

אני מצהיר כי הנתונים שלහן נכונים

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ חתימה ✕

9

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

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

שםות בעלי החשבון

שם הבנק	מספר חשבון	שם הסניף / כתובתו	מספר סכיף

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעיר את התשלום:  לחשבון הקיבוץ / המושב  לחשבון הפרט

10

**פטור ממש הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממש הכנסה ערב הפגיעה** פטור חלק 100%  עיוור/ נכה

11

**הצהרת התובע/מגיש התביעה**

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרטתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למשיכים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי עצמי אישורים ותלוší שכר לצורך בירור זכאותי

ידוע לי, שמסירות פרטיטים לא נכון או העלמת נתונים מהוועה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בזודע למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלה על ידי העלמת פרטיטים שיש להם חשיבות לעניין, דין קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרטתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלאה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב להודיע על כל שינוי במשך 30 יום.

אני מתחייב להודיע למועד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

אני מסכים שהבנק ייחזר למועד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוקח חשבוני, אם המועד יפרק לחשבון הבנק תשלום אשר כולל או חלקו שלום בעלות או שלא דין, וכן שהבנק ימסור למועד את פרטיים של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המועד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקורת ממוחשבת, לצורך אימונות בעלייה בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למועד את המידע הנחוצן לו לאימונות פרטי חשבון הבנק שמסרטתי לעיל. **לחילופין, ידוע לי כי המועד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימונות פרטי**

**חשבון הבנק שמסורתתי לעיל וכי יהיה עליו להציגם לפי דרישתך.**

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטיט ההתקשרות, עלי להודיע על כך למועד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע ישלח באמצעות הערכחים אותם צינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגעה בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנה עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכונות מעבודה. בכל פגעה אחרת, נדרש **הגשת תביעה נפרדת לנכונות מעבודה.**

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע ✕

**פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע**

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	מספר זהות	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	דואר אלקטרוני:	
		@_____		

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אופורטופסוט, פסק דין או יתרור סודיות – יש לצרף לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה ת.ז. \_\_\_\_\_

למילוי ע"י הממשק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - מלא התובע)

1

<b>פרטים על פגעה מוחוץ לעסוק או למפעל</b>			
<input type="checkbox"/> הפגיעה אירעה מוחוץ 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 מוחוץ לכוטלי המפעל? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן בדרך כלל מועסק בו:			
אם נכון עובדים נוספים בעת הפגיעה? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן 1. שם _____ ת.ז. _____ 2. שם _____ ת.ז. _____			
תפקידו	שם העובד שנtan לtolower את ההוראה לצאת	מטרת יציאתו מוחוץ למפעל	תפקיד הנפגע במפעל
שעת החזרה הצפוייה		שעת היציאה	
תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____ <input type="checkbox"/> פגעה בדרך לעבודה: באיזו שעה היה עליו להתחילה לעבודה? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____			
<input type="checkbox"/> פגעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? <input type="checkbox"/> כן <input checked="" type="checkbox"/> לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: _____			

**פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה**

2

מספר תיק ניכויים בסיסוד לביטוח לאומי		שם המפעל / הממשק	
معدד העובד: <input type="checkbox"/> קבוע <input type="checkbox"/> ארעי <input type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> חדש שבוע: _____		מספר ימי העבודה היקף המשרה ב-%: _____ תאריך תחילת העבודה: _____	
<input type="checkbox"/> אם בשלושת החודשים שקדמו לפגעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות ممתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? <input type="checkbox"/> כן <input checked="" type="checkbox"/> לא			
<b>בטבלה שללן יש לכלול את כל רכבי השכר, את התוספות החודש פערניות, הפרשיות או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה</b>			
תוספת חד פעמי, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו		שכר ברוטו החיב בדמי ביחס לחודש זה בש"ח	
שם התשלומים	סכום	לתקופה	העובד הוא יום <b>יומי</b> חודש <b>חודש</b>
חוודש			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> העובד שב לעבודה בתאריך _____ אם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה לעבודה? נא לפרט _____			
<input type="checkbox"/> העובד ממשיר להימנות על עובדי המפעל: <input type="checkbox"/> כן לא, העובד ממשיך לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעות הממשק מפיק תלוישי שכר _____			
שוגר טופס 100: <input type="checkbox"/> כן <input checked="" type="checkbox"/> לא שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מס' טלפון: _____ דו"ר אלקטרוני: _____ @ _____ חתימת הממשק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____			

3

**פרטים על תשלום דמי מחלת על-ידי המוסיק/קרן דמי מחלת**

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלת ע"י המוסיק? (నכון ליום הפגיעה)

כן, ציין 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 הקרן לדמי מחלת

(שם הקרן)

4

**הצהרת המוסיק**

אנו החתוםים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפני מיטב ידיעתנו.  
אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ תפקיד החותם \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת

5

**פרטים מלאים למוסיק מורשה/מאושר**

העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממם הכנסה

**מוסיק מורשה לפי תקנה 22:**

העובד נכלל בהרשאה ונעדך מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_  
ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

העובד אינו נכלל עם העובדים שבבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

**מוסיק מאושר לפי סעיף 343:**

אני מוסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

**קבוץ:**

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

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

**חתימת המוסיק וחותמת** 

(נדרש רק במקרים של פרטים מלאים)



המוסד לביטוח לאומי  
מנהל הכלליות  
פגיעה בעבודה



## כתב ויתור סודיות רפואי

## 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"/> לאומי <input type="checkbox"/> אחר		

## הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטני האישיים מופיעים בטופס זה, מזמין על הסודיות הרפואי וUMBRA וUMBRA מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כחוי, כל מידע בקשר למחלתי, מצב הרפואתי, הטיפול שנמצא לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידמ או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטה ✕