



בקשה לתשלום הפרשים ותשלומים נוספים בנפגעי עבודה (דמי פגיעה או נכות מעבודה)

לידיעתך

בקשה זו לתשלום הפרשים, מיועדת לעובד שכיר שקיבל מהביטוח הלאומי תשלום בנפגעי עבודה.

מומלץ להגיש את הבקשה במקרים הבאים:

- המעסיק שילם לך במהלך-11 החודשים שלאחר הפגיעה תשלום נוסף, שאינו מהווה חלק משכרך הרגיל, כגון: דמי הבראה, ביגוד, בונוס. זאת בתנאי שסכום התשלום הנוסף ששולם על ידי המעסיק שווה או עולה על רבע משכר המינימום (1,325 ₪ נכון לינואר 2023).
- המעסיק שילם לך הפרשי שכר עבור חודש הפגיעה או עבור שלושת החודשים שקדמו למועד הפגיעה.

אם עבדת בעת הפגיעה אצל יותר ממעסיק אחד, יש לצרף לבקשה פירוט הפרשים מכל מעסיק בנפרד.

על פי החוק את הבקשה יש להגיש תוך 12 חודשים מיום קבלת התשלום על ידי המעסיק.

לתשומת לבך, לא נוכל לשלם הפרשים כאשר הבקשה מוגשת יותר מ-12 חודשים לאחר קבלת התשלום.

חובה לצרף לטופס זה

תלוש שכר מהמעסיק הכולל את התשלום הנוסף או הפרשים ששולמו לך.

כיצד יש להגיש את הבקשה

יש למלא את הבקשה על פי ההנחיות ולצרף את המסמכים הנדרשים.

את הבקשה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:

- למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
- לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.

לשאלות וביירוטים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט. www.btl.gov.il

ניתן לקבל את המכתבים מהביטוח הלאומי באמצעות האינטרנט במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס הבקשה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

חובה לחתום על טופס הבקשה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 3



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

בקשה לתשלום הפרשים
ותשלומים נוספים בנפגעי
עבודה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון														
<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>סוג המסמך</td> <td colspan="2">דפים</td> </tr> </table>										0	1	סוג המסמך	דפים	
0	1	סוג המסמך	דפים											

דמי פגיעה נכות מעבודה
נא סמן את סוג הגמלה

1

פרטי התובע

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני:	
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:					
שם משפחה איש קשר		שם פרטי איש קשר		מס' זהות איש קשר	
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים					
רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
					מיקוד

2

תנאי העבודה והשכר (יש לצרף תלושי שכר לחודשים עבורם שולם תשלום נוסף)

פירוט הפרשים והתשלומים הנוספים עבור חודש הפגיעה ו/או שלושת החודשים שקדמו לה (הפרשי שכר עבור חודשים אחרים לא יזכו אותך בתשלום כלשהו).
לתשומת לב, יש לדווח רק על הפרשי שכר ותשלומים נוספים העונים על התנאים הבאים:
 התשלום שולם לך במהלך-11 החודשים שלאחר הפגיעה, ולא לאחר מכן.
 סכום התשלום הנוסף שווה לרבע משכר המינימום או גבוה ממנו.

אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בעת הפגיעה, וקיבלת הפרשים או תשלומים נוספים מיותר ממעסיק אחד - יש לפרט את הפרשים מכל מעסיק בנפרד בסעיף א'2 ולצרף לבקשה את תלושי השכר הכוללים את התשלום הנוסף או הפרשים ששולמו מכל מעסיק.

מאות התשלום	סכום הפרשים/התשלום הנוסף (₪)	חודש התשלום	
			1
			2
			3
			4

תנאי העבודה והשכר - מעסיק נוסף (יש לצרף תלושי שכר לחודשים עבורם שולם תשלום נוסף)

2א

פירוט הפרשים והתשלומים הנוספים עבור חודש הפגיעה ו/או שלושת החודשים שקדמו לה (הפרשי שכר עבור חודשים אחרים לא יזכו אותך בתשלום כלשהו).
 לתשומת לב, יש לדווח רק על הפרשי שכר ותשלומים נוספים העונים על התנאים הבאים:
 ✓ התשלום שולם לך במהלך-11 החודשים שלאחר הפגיעה, ולא לאחר מכן.
 ✓ סכום התשלום הנוסף שווה לרבע משכר המינימום או גבוה ממנו.

אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בעת הפגיעה, וקיבלת הפרשים או תשלומים נוספים מיותר ממעסיק אחד - יש לפרט את הפרשים מכל מעסיק בנפרד ולצרף לבקשה את תלושי השכר הכוללים את התשלום הנוסף או הפרשים ששולמו מכל מעסיק.

מהות התשלום	סכום הפרשים/התשלום הנוסף (₪)	חודש התשלום	
			1
			2
			3
			4

פרטי חשבון בנק (יש למלא סעיף זה רק אם שונה מפרטי הבנק אליו שולמה הגמלה)

3

סוג חשבון: <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> אחר _____		שמות בעלי החשבון	
שם הבנק	שם סניף/כתובת	מס' סניף	מספר חשבון

הצהרת התובע

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בבקשה הם נכונים ומלאים. לידיעתך, לצורך הטיפול בבקשה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך. אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה:

אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותיי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עבירה 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 מהפרטים שמסרתי בבקשה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק 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 שהצהרתי 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. ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך: _____ חתימת התובע ✕ _____

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע:

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

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

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____