

# תביעה לתשלום גמלה לתלויים בנפגעי עבודה בל/213

## כיצד יש להגיש את התביעה

- עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.
- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.
- לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.
- לתשומת ליבך, הטיפול בתביעה עלול להתארך ולפיכך מוצע להגיש במקביל גם תביעה לקצבת שארים (בל / 410).
- לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

## לידיעתך

- לאלמן בלבד - חובה לצרף אישור הכנסות על כל מקור הכנסה.
- לאלמנה הנמצאת בהריון - תעודה רפואית ובה פירוט על חודש ההריון.
- על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- 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.

## חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

## תביעה לתשלום גמלה לתלויים בנפגעי עבודה

### 1. פרטי המנוח

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר זהות
- מין
- נקבה
- תאריך לידה
- שכיר
- עצמאי
- מתנדב
- התלויים בנפגע
  - אישה
  - הורים
  - ילדים
  - אחרים. פרט: \_\_\_\_\_
- מעמד אישי בעת הפגיעה
  - נשוי
  - גרוש
  - רווק
  - ידוע בציבור
  - אחר

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

- רחוב / תא דואר
- מספר בית
- כניסה
- דירה
- יישוב
- מיקוד

פרטי מקום עבודת המנוח בעת הפגיעה – אם אתה נמנה עם כוחות הבטחון, אנא מלא את סעיף 2א

- אם המנוח היה שכיר
  - מקום העבודה
  - כתובת
  - טלפון
- אם המנוח היה עצמאי
  - שם העסק
  - כתובת
  - טלפון
- אם המנוח היה מתנדב
  - שם הגוף ששלח אותו להתנדבות

## 2.א. פרטי מקום העבודה – כוחות הבטחון

- מקום השירות
  - צה"ל
  - שב"ס
  - משטרה
  - משמר הכנסת
  - משא"ז
  - אחר
- טלפון קווי
- טלפון נייד
- מספר פקס \_\_\_\_\_
- רחוב
- מספר בית
- יישוב
- מיקוד
- תאריך כניסה לשירות קבע \_\_\_\_\_ תאריך סיום השירות בקבע \_\_\_\_\_
- האם הגשת תביעה לאגף במשרד הבטחון בגין הפגיעה האמורה
  - כן
  - לא

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

## 3. פרטי הפגיעה

הכתובת בה ארעה הפגיעה (במפעל, בדרך וכדומה) \_\_\_\_\_

מקום הפגיעה:

- במפעל או בעסק
- מחוץ למפעל או לעסק
- בדרך לעבודה
- בדרך הביתה

סוג הפגיעה:

- נפילה ממקום גבוה
- נפילה כתוצאה ממפגע בדרך
- התחשלמות
- תקיפה
- פגיעה מבעל חיים
- אחר, פרט \_\_\_\_\_

תיאור מלא של הפגיעה, נסיבותיה וגורמיה, בציון הציוד והמכשירים שגרמו לפגיעה (אם המקום אינו מספיק נא לצרף גיליון נוסף ובו פרטי התביעה המפורטים והמלאים): \_\_\_\_\_

- תאריך הפגיעה
- יום בשבוע
- שעת הפגיעה
- תאריך הפטירה
- שעת הפטירה

במקרה של פטירה עקב תאונת דרכים: נא לציין האם נפגע בהיותו: □ נהג □ נוסע □ הולך רגל

סוג הרכב המעורב בתאונה \_\_\_\_\_ מס' רישוי הרכב \_\_\_\_\_

חב' הביטוח של הרכב \_\_\_\_\_ מס' פוליסת ביטוח \_\_\_\_\_ (נא לצרף צילום תעודת ביטוח ורישיון רכב)

פרטי הנהג: שם: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

פרטי נוסעים נוספים ברכב: \_\_\_\_\_

האם נמסרה הודעה על התאונה או האירוע למשטרה?

לא

כן, נא לצרף דו"ח משטרה

התאונה טופלה בתחנת משטרה ב- \_\_\_\_\_ מס' תיק במשטרה \_\_\_\_\_

במקרה והפגיעה נגרמה כתוצאה ממפגע, האם ברשותך תמונות של מקום המפגע?

לא

כן, נא לצרף לטופס התביעה

#### 4. סיוע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע?

לא

כן,

הגוף המסייע:

עורך דין

חברת מימוש זכויות

יד מכוונת

בית חולים

אחר \_\_\_\_\_

שם הגוף המייצג או המסייע: \_\_\_\_\_

תאריך תחילת ההתקשרות \_\_\_\_\_

#### 5. קבלת טיפול רפואי

• שם הרופא או השירות הרפואי שטיפלו במנוח בעת הפגיעה

• תאריך קבלת הטיפול הרפואי לראשונה \_\_\_\_\_

• שם בית החולים בו אושפז

• שם קופת החולים בה היה חבר

• שם המרפאה והרופא המטפל

#### 6. פרטים משלימים

• שמות העדים לפגיעה

○ לא נכחו עדים

○ כן נכחו עדים. אנא מלא את פרטי העדים:

• שם העד \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

○ חבר לעבודה

○ מכר

○ אחר

• האם המנוח קיבל קיצבה מהמוסד לביטוח לאומי

○ לא

○ כן - ציין איזו קצבה \_\_\_\_\_

- האם הוגשה או תוגש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה כנד גורם אחר מלבד הביטוח הלאומי?
  - לא
  - כן ,
  - תאונת דרכים
  - נזיקין - הנתבע: \_\_\_\_\_ עו"ד: \_\_\_\_\_
- זהות הנתבע \_\_\_\_\_ כתובת טלפון \_\_\_\_\_ פקס \_\_\_\_\_
- נא ציין היכן התביעה הוגשה : בבית משפט
  - שלום
  - מחוזי בעיר \_\_\_\_\_ מס' תיק אזרחי \_\_\_\_\_
- האם התובע קיבל או עתיד לקבל תשלום בקשר לפגיעה מגורם אחר
  - לא
  - כן (פרט) \_\_\_\_\_

## 7. פרטי האלמן

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר זהות
- מין
  - זכר
  - נקבה
- תאריך לידה
- תאריך נישואין
- עיסוק:
- שכיר
- עצמאי
- מתנדב

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

- רחוב / תא דואר
- מספר בית
- כניסה
- דירה
- ישוב
- מיקוד
- טלפון קווי
- טלפון נייד

- אני מאשר קבלת הודעות SMS
- אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט, דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

- רחוב / תא דואר
- מס בית
- כניסה
- דירה
- יישוב
- מיקוד

## 8. פרטי הילדים מגיל 18 עד גיל 24

למוסד לביטוח לאומי מידע על ילדיך עד גיל 18 הרשומים במשרד הפנים ולכן איננו מבקשים פרטים עליהם

- האם יש לך ילדים עד גיל 24?
  - כן
  - לא
- מספר זהות
- שם הילד, שם פרטי, שם משפחה
- תאריך לידה
- בעבור ילד מעל גיל 18:
  - האם לומד/ בשירות – שירות בצה"ל, קדם צבאי, עתודה, שירות לאומי, שירות/ אחר
- הילד גר איתי
  - כן
  - לא
- יש לצרף אישורים רק אם לומד, בהתנדבות בשירות לאומי, עתודה או קדם צבאי

אי מילוי סעיף זה ימנע בחינת זכאותך לתוספת לגמלה בעבור ילדיך

## 9. פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

- שמות בעלי החשבון
- שם הבנק
- שם הסניף / כתובתו
- מספר סניף
- מספר חשבון
- לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום:
  - לחשבון הקיבוץ / המושב
  - לחשבוני הפרטי

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

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 פרטי 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 \_\_\_\_\_ חתימת/חתימות השותפים לחשבון \_\_\_\_\_

## 10. הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה 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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע \_\_\_\_\_

## 11. פרטים על תלויים אחרים בנפגע (יש לציין רק את מי שאינו אלמן או ילדים של המנוח)

- תלוי 1, תלוי 2 ..
  - מספר זהות
  - שם משפחה
  - שם פרטי
  - תאריך לידה
  - מין (זכר / נקבה)
  - יחס הקרבה לנפגע
  - כתובת מלאה
  - מקום העבודה
  - הכנסה חודשית מעבודה וממקורות אחרים (אם אינו עובד – ציין את הסיבה)
  - הכנסה מתמיכת המנוח
  - האם מקבל קצבה מהמוסד ?
  - האם גר בדירת המנוח לפני הפטירה? אם כן ציין ממתי

## 12. פרטי חשבון הבנק של תלויים אחרים בנפגע – אם קיימים

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

- שמות בעלי החשבון
- שם הבנק
- שם הסניף / כתובתו
- מספר סניף
- מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום:

- לחשבון הקיבוץ / המושב
- לחשבוני הפרטי

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

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 פרטי מושכי התשלומים.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מקבל התשלום \_\_\_\_\_ חתימת /חתימות השותפים לחשבון \_\_\_\_\_



## אישור המעביד על עבודה ושכר (אם המנוח היה שכיר)

### 1. פרטי המנוח

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר זהות

### 2. פרטי המעסיק

- שם המעסיק
- מספר תיק ניכויים
- טלפון קווי
- רחוב / תא דואר
- מספר בית
- יישוב
- מיקוד
- טלפון פקס

### 3. פרטי השכר

- יש לפרט בטבלה שלהלן את פרטי השכר בחודש הפגיעה ובשלושת החודשים שקדמו לפגיעה.
- בפרטי השכר יש לכלול את כל רכיבי השכר. את התוספות החד-פעמיות או המענקים ששולמו יש לפרט בטור נפרד.
- חודש \_\_\_\_\_ מספר ימי עבודה בשבוע במפעל \_\_\_\_\_
- מספר הימים עבורם שולם השכר \_\_\_\_\_
- סכום ברוטו לחודש זה \_\_\_\_\_
- תוספת חד פעמית או מענק שנכללו בשכר ברוטו
  - סכום
  - לתקופה
  - שם התשלום
- המנוח היה עובד
  - חודשי
  - יומי
  - חלקי
- האם המנוח נעדר מהעבודה בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה?
  - לא
  - כן, בתאריכים \_\_\_\_\_ מהסיבה \_\_\_\_\_

### 4. פרטים על תאונה מחוץ לעסק או למפעל

- התאונה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה
  - מקום הפגיעה: \_\_\_\_\_
- המקום בו היה על הנפגע לעבוד או בו עבד הנפגע ביום התאונה: \_\_\_\_\_
- האם המנוח הועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל?
  - לא
  - כן בדרך כלל מועסק ב: \_\_\_\_\_
- האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה?
  - לא
  - כן, שמם: \_\_\_\_\_
- תאונה בדרך לעבודה
- באיזו שעה היה על המנוח להתחיל בעבודה? \_\_\_\_\_ איזו משמרת? \_\_\_\_\_
- האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש?

- לא
- כן
- תאונה בדרך הביתה

באיזו שעה סיים המנוח את העבודה? \_\_\_\_\_

- האם סיים בשעה הקבועה?
- כן
- לא,

הסיבה ליציאה המוקדמת \_\_\_\_\_

- האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש?
- לא
- כן
- האם המקרה נחקר ע"י הפיקוח על העבודה שבמשרד התמ"ת?
- לא
- כן, נא לצרף העתק מהדו"ח

### 5. הצהרת המעביד

אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שנמסרו על ידי העובד ועל ידינו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל: (נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, לגבי הפגיעה) \_\_\_\_\_

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

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