



## תביעה לתשלום דמי תאונה (טופס זה אינו משמש למקרה של תביעה בגין פגיעה בעבודה)

### חובה לצרף לטופס זה

- ✍ תעודה רפואית ראשונית לנפגע בתאונה (מקור בלבד), ראה נספח ב' לטופס, חתומה ע"י רופא.
- ✍ מסמכים רפואיים נוספים בקשר לתאונה ולטיפול הרפואי, כגון: דו"ח מד"א, דו"ח חדר מיון, סיכום מחלה מבית חולים או כל מסמך אחר המעיד על הנזק הרפואי שנגרם לך כתוצאה מהתאונה.
- ✍ **אם הינך שכיר:** אישור על מספר ימי המחלה שעמדו לזכותך ביום התאונה ממעבידך, או מקרן ימי מחלה, ממבטחים או מקופות אחרות.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה, ולחתום בכל מקום המיועד לכך (כולל בנספח א' - ויתור על סודיות רפואית).
- ✍ בתביעה של עובד שכיר, יש לוודא כי המעביד ימלא את החלק המיועד לו ויחתום עליו.
- ✍ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.
- ✍ **חובה להגיש את התביעה תוך 90 ימים מתאריך התאונה.** המוסד יהיה רשאי לדחות תביעה שהוגשה באיחור.
- ✍ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה



**פרטי התאונה**

**3**

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת התאונה	היום בשבוע	תאריך התאונה						
				<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום			
שנה	חודש	יום								
תאור הפגיעה: במה התעסקת בעת התאונה? כיצד נגרמה התאונה? _____ _____ _____										
מקום התאונה: <input type="checkbox"/> בישראל <input type="checkbox"/> בחו"ל, פרט _____										
שמות העדים לתאונה: <input type="checkbox"/> לא נכחו עדים <input type="checkbox"/> כן נכחו עדים: _____										
שם <input type="checkbox"/> כתובת <input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>		שם _____ כתובת _____								
שם <input type="checkbox"/> כתובת <input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>		שם _____ כתובת _____								
האם מדובר בתאונת דרכים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן, נא למלא חלק 5 בעמוד הבא.										

**טיפול רפואי**

**4**

מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/ שירות רפואי)	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	האיבר שנפגע								
שם בית החולים והמחלקה (*)	תקופת אשפוז	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה								
		<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> <td>שעה</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום	שעה				
שנה	חודש	יום	שעה							
*נא לצרף סיכום מחלה האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן אם כן, פרט: _____										
שם המרפאה בה אתה מקבל טיפול רפואי בדרך כלל	שם רופא המשפחה	קופת חולים בה הנך חבר								

**פרטים משלימים**

**5**

מספר התיק שנפתח במשטרה (*)	לתחנת משטרה ב-	האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____										
שם חברת הביטוח		*נא לצרף אישור האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____										
שם עורך הדין שלך		האם הגשת או הנך עומד להגיש תביעה לנזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לתאונה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____										
		נגד _____										
מס' הטלפון של עורך הדין		כתובת עורך הדין										
<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		0										
0												
לאיזו מטרה	לאן	האם יצאת את גבולות המדינה בתקופת אי הכושר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____										

**פירוט העיסוקים**

**6**

**לפני התאונה**

לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: \_\_\_\_\_  
\*נא לצרף אישורים מתאימים

עבדתי בחודשים: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
\*נא לפרט את החודשים ולצרף אישורים או תלושי שכר לחודשים הנ"ל

**אחרי התאונה**

טרם חזרתי לעבודה כתוצאה מהתאונה

לא עבדתי כלל כתוצאה מהתאונה



חזרתי לעבודה חלקית

עד שעה \_\_\_\_\_ עבדתי משעה \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ מתאריך \_\_\_\_\_  
שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_



חזרתי לעבודה מלאה

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

**7**

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו 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 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 להחתימים 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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

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

**הצהרה**

**8**

אני החתום מטה תובע גמלה לתשלום דמי תאונה, 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 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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה \_\_\_\_\_



**ייתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ הגר ב \_\_\_\_\_

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

**ייתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ הגר ב \_\_\_\_\_

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

**ייתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ הגר ב \_\_\_\_\_

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

**ייתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ הגר ב \_\_\_\_\_

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_



קופת חולים \_\_\_\_\_  
 מחוז \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_

**נספח ב'**

המוסד לביטוח לאומי  
 מינהל הגמלאות

**תעודה רפואית ראשונה לנפגע בתאונה**

**פרטי הנפגע**

**I**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"0	תאריך לידה שנה חודש יום	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
מיקוד				
תאריך תאונה שנה חודש יום	מקום התאונה			
שעת התאונה				
הגיע לטיפולנו בעקבות התאונה בתאריך שנה חודש יום	בשעה	מעמד ביום התאונה: <input type="checkbox"/> עובד שכיר <input type="checkbox"/> עובד עצמאי <input type="checkbox"/> עקרת בית <input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____		
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
מיקוד				

**למילוי ע"י הרופא**

**II**

מקצוע / משלח יד \_\_\_\_\_

תאור התאונה לפי דברי הנפגע \_\_\_\_\_

פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול \_\_\_\_\_

הממצא הקליני \_\_\_\_\_

צילומי רנטגן נעשו במכון \_\_\_\_\_ ביום \_\_\_\_\_ הממצא \_\_\_\_\_

האבחנה \_\_\_\_\_

הטיפול שניתן על ידנו \_\_\_\_\_

הערות ופרטים נוספים \_\_\_\_\_

**עובד שכיר ועובד עצמאי**  
 לדעתי אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת במשך \_\_\_\_\_ ימים;  
 היינו מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_ בכלל כתוצאה מהתאונה.

**עקרת בית**  
 כתוצאה מהתאונה אינה מסוגלת לעבודות משק הבית במשך \_\_\_\_\_ ימים; היינו מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_ בכלל.

**אינו עובד ואינו עובד עצמאי**  
 כתוצאה מהתאונה עליו להיות מאושפז /או מרותק לביתו במשך \_\_\_\_\_ ימים; היינו מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_ בכלל.

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_

תאריך מתן התעודה      שם הרופא החותם      חתימת הרופא / השירות הרפואי המוסמך

