



## תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

עפ"י חוק הביטוח הלאומי - ביטוח נפגעי עבודה / מתנדבים

### חובה לצרף לטופס זה

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה (מקור בלבד), או דו"ח חדר מיון/סיכום מחלה מבית החולים או כל מסמך אחר המעיד על הנזק הרפואי שגרם להיעדרותך מהעבודה.

### כיצד יש להגיש את התביעה

עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.

תביעות של עובדים, אשר מעבידיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 ( מעביד שיש לו הסדר עם המוסד לתשלום דמי פגיעה ישירות לעובד ), ימסרו ע"י המעביד.

את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 12226050.

**לידיעתך – על פי חוק, לא תשולם הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (אחורה) מיום הגשתה.**

ניתן להיעזר באתר המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

### חובה לחתום על טופס התביעה



## طلب مخصصات إصابة والتبليغ عن إصابة عمل

وفقاً لقانون التأمين الوطني – تأمين مصابي العمل/ المتطوعين

### إرفاق هذا النموذج إلزامي

شهادة طبية أولى لمصاب عمل ( نسخة أصلية فقط ) , أو تقرير غرفة الطوارئ/ تقرير إجمالي للوضع الصحي من المستشفى او اي وثيقة أخرى تثبت الضرر الطبي الذي أدى الى غيابك عن العمل.

### كيفية تقديم الطلب

يجب عليك ارفاق تصاريح إضافية حسبما هو مطلوب في نموذج الطلب.  
طلبات العمال, اذا كان أصحاب العمل الذين يعملون عندهم تشملهم التسوية حسب بند 22 ( صاحب عمل لديه ترتيب مع المؤسسة لدفع مخصصات إصابة الى العامل مباشرة ) , يقدمها صاحب العمل بنفسه.  
يجب ارسال نموذج الطلب او تقديمه في فرع مؤسسة التأمين الوطني القريب من مكان سكنك. للأسئلة والاستفسارات يجب التوجه إلى هاتف رقم 6050\* أو 12226050.

لمعلوماتك – وفقاً للقانون, لا تتم الموافقة على المخصصات لفترة تزيد عن 12 شهراً بشكل استرجاعي ( عن الفترة السابقة) من يوم تقديم الطلب.  
يمكن الاستعانة بموقع مؤسسة التأمين الوطني على الانترنت [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

### إلزامي التوقيع على نموذج الطلب



מס' זהות / דרכון رقم الهوية / جواز السفر										פיצול فصل	
סוג דפים המסמך 0 1										פיצול فصل	
סוג דפים המסמך 0 1											
סוג דפים המסמך 0 1											

**תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה**

עפ"י חוק הביטוח הלאומי - ביטוח נפגעי עבודה / מתנדבים

**طلب دفع مخصصات إصابة والتبليغ عن إصابة عمل**

حسب قانون التأمين الوطني - تأمين مصابي عمل/ متطوعين

**חותמת כניסה  
ختم الاستلام**

- תאונה בעבודה / حادث عمل
- מחלת מקצוע / مرض بسبب العمل
- שכיר / أجير
- עצמאי / مستقل
- מתנדב / متطوع
- הכשרה מקצועית / تاهيل مهني

**א. פרטי הנפגע**

א. تفاصيل المصاب

שם משפחה / اسم العائلة		שם פרטי / الاسم الشخصي		מ.א. / דרכון / الهوية / جواز السفر		חובה לצרף צילום דרכון / يجب إرفاق صورة جواز السفر	
מין / الجنس		תאריך לידה / تاريخ الولادة		תאריך עלייה / تاريخ القوم للبلاد		מצב משפחתי / الوضع العائلي	
מזונות / מזונות		נשוי/אה / متزوج/ة		גרופ/שה / مطلق/ة		פרודה / منفصلة	
מקום מגורים / شارع		מספר בית / رقم البيت		דירה / شقة		יישוב / البلدة	
מספר טלפון / رقم الهاتف		מספר טלפון נייד / رقم الهاتف الخليوي		תא דואר / ص.ב		עיר / البلدة	
מספר טלפון / رقم الهاتف		מספר טלפון נייד / رقم الهاتف الخليوي		מס' אישי בצה"ל / الرقم الشخصي بالجيش		מיקוד / الرمز البريدي	

**ב. פרטי מקום העבודה**

ב. تفاصيل مكان العمل

שם המעסיק / המפעל / מקום העבודה / اسم صاحب العمل / المصنع / مكان العمل		תפקיד התובע במקום העבודה / وظيفة مقدم الطلب في مكان العمل		מספר טלפון / رقم الهاتف	
מספר בית / رقم البيت		יישוב / البلدة		מיקוד / الرمز البريدي	
האם יש קרבה משפחתית בין לבין המעביד / هل توجد قرابة عائلية بينك وبين صاحب العمل					
<input type="checkbox"/> כן, מהי / نعم, ما هي <input type="checkbox"/> לא / لا					
עצמאי / مستقل		שם העסק / اسم المصلحة		סוג העיסוק / نوع العمل	
מספר בית / رقم البيت		יישוב / البلدة		מיקוד / الرمز البريدي	

שעת הפסקת העבודה ساعة توقف العمل	תאריך הפסקת העבודה تاريخ توقف العمل	שעת הפגיעה ساعة الإصابة	היום בשבוע اليوم في الاسبوع	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">שנה</td> <td style="width: 20%;">חודש</td> <td style="width: 20%;">יום</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">سنة</td> <td style="text-align: center;">الشهر</td> <td style="text-align: center;">اليوم</td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום	سنة	الشهر	اليوم	<b>תאריך הפגיעה</b> <b>تاريخ الإصابة</b>
שנה	חודש	יום									
سنة	الشهر	اليوم									
		<input type="checkbox"/> במהלך העבודה : أثناء العمل		<input type="checkbox"/> במפעל في المصنع							
		<input type="checkbox"/> בדרך לעבודה في الطريق للعمل		<input type="checkbox"/> מחוץ למפעל خارج المصنع							
		<input type="checkbox"/> בדרך לביתך في الطريق للبيت		הכתובת בה אירעה הפגיעה العنوان الذي جرى به الحادث							
תאור הפגיעה : כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גליון נוסף) وصف الإصابة : كيف جرت وماذا كنت تعمل أثناء الإصابة (يمكن ارفاق ورقة إضافية)											
<b>שמות העדים לתאונה</b> أسماء الشهود على الحادث											
<input type="checkbox"/> לא נכחו עדים لم يكن شهود											
<input type="checkbox"/> כן נכחו עדים نعم هناك شهود											
<input type="checkbox"/> חבר לעבודה زميل بالعمل		<input type="checkbox"/> מכר صديق اخر		<input type="checkbox"/> שם الاسم							
<input type="checkbox"/> כתובת العنوان											
<input type="checkbox"/> חבר לעבודה زميل بالعمل		<input type="checkbox"/> מכר صديق اخر		<input type="checkbox"/> שם الاسم							
<input type="checkbox"/> כתובת العنوان											
האם מדובר בתאונת דרכים هل الحادث هو حادث سير											
<input type="checkbox"/> כן نعم											
<input type="checkbox"/> לא لا											
אם כן, נא למלא חלק ה' בעמוד הבא اذا كان الجواب نعم يجب تعبئة القسم هـ في الصفحة التالية											
<b>בתאונות בדרך : נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך</b> إذا كان الحادث في الطريق : الرجاء تفصيل مسار سيرك للعمل او للبيت											
* אם מדובר בליקוי שמיעה - <b>חובה</b> לצרף בדיקת שמיעה מקורית اذا كان الحديث عن خلل سمعي - <b>يجب</b> ارفاق تقرير فحص سمع - نسخة أصلية											
<b>מסירת הודעה למעביד על הפגיעה</b> <b>تبلغ صاحب العمل عن الإصابة</b>											
תאריך מסירת ההודעה تاريخ التبليغ											
למי נמסרה ההודעה لمن قدم البلاغ											
תפקיד מקבל ההודעה وظيفة مستقبل البلاغ											
אם הגשת או בכונתך להגיש תביעה לנזיקין, אנא השב על שאלה 8 בחלק ה'. اذا قدمت او تنوي تقديم دعوى عن الاضرار, الرجاء الإجابة عن سؤال 8 في قسم هـ.											

פרטי פגיעה  
 تفاصيل الإصابة

ד. פרטי טיפול רפואי  
ד. تفاصيل العلاج الطبي

האיבר שנפגע العضو الجسدي المصاب	מהות החבלה (לדוגמא שבר, פצע) وصف الإصابة ( على سبيل المثال كسر, جرح )				
תאריך קבלת הטיפול לראשונה تاريخ تلقي العلاج الاولي	שנה السنة	חודש الشهر	יום اليوم	שעה الساعة	מי טיפל לראשונה בפגיעה من قام بعلاج الإصابة اولا
שם הרופא/שרות רפואי اسم الطبيب/الخدمة الطبية	שם בית החולים / מחלקה اسم المستشفى / القسم				
קופת החולים בה הינך חבר صندوق المرضى المؤمن به	שם המרפאה اسم العيادة	שם הרופא המטפל اسم الطبيب المعالج			
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך היום? هل عانيت في الماضي من مرض او اوجاع متعلقة او مشابهة لوضعك اليوم?	<input type="checkbox"/> כן, פרט _____ <input type="checkbox"/> לא _____ נעם, אכתב التفاصيل				

טיפול רפואי  
العلاج الطبي

ה. פרטים על תאונת דרכים  
ה. تفاصيل عن الحادث

1. האם נמסרה הודעה למשטרה هل قدم بلاغ للشرطة	<input type="checkbox"/> כן نعم	(במידה וכן נא לצרף דו"ח משטרה) (اذا قدم الرجاء ارفاق بلاغ الشرطة)	<input type="checkbox"/> לא لا										
התאונה טופלה ע"י תחנת משטרה ב- الحادث عولج من قبل مركز الشرطة في	מס' תיק رقم الملف												
2. התאונה ארעה בדרך לעבודה جرى الحادث في الطريق للعمل	<input type="checkbox"/> כן نعم	<input type="checkbox"/> לא لا	תוך כדי עבודה خلال العمل										
3. האם נפגעת בהיותך: اصبت كونك :	<input type="checkbox"/> הולך רגל عابر طريق	<input type="checkbox"/> נוסע ברכב مسافر في السيارة	<input type="checkbox"/> נהג ברכב سائق السيارة (الرجاء ارفاق صورة وثيقة التأمين)										
4. שם הנהג اسم السائق	תעודת זהות رقم الهوية												
5. בעלות הרכב: האם הרכב בבעלות מקום העבודה ملكية المركبة : هل المركبة بملكية العمل	<input type="checkbox"/> כן نعم	<input type="checkbox"/> לא لا	האם מדובר בהסעה מאורגנת של מעסיקך: هل السفريات منظمة من قبل المشغل/مكان العمل										
האם הרכב בבעלות פרטית: هل المركبة بملكية شخصية	<input type="checkbox"/> כן, אם כן: שם בעל הרכב نعم, اذا نعم : اسم صاحب المركبة	<input type="checkbox"/> לא لا	מס' הזהות رقم الهوية										
6. מספר רישוי הרכב / המלגזה / הטרקטור / אופנוע (סמן בעיגול) שהיה מעורב בתאונה رقم رخصة السيارة / الرافعة / التراكور / الدراجة النارية (أشر بدائرة)	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>												
7. שם חברת הביטוח וכתובתה اسم شركة التأمين وعنوانها	מס' פוליסת ביטוח رقم بوليصة التأمين												
8. האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בגין התאונה هل قدمت او بنية تقديم دعوى اضرار او تعويض من طرف ثالث عن الحادث	<input type="checkbox"/> כן نعم	<input type="checkbox"/> נגד ضد	פרטים על משרד עו"ד המטפל - שם עורך הדין تفاصيل عن مكتب المحاماة الذي يعالج القضية - اسم المحامي										
מס' טלפון رقم الهاتف	כתובת; عنوانه												

תאונת דרכים  
حادث السير

ו. פירוט העיסוקים  
 ו. تفاصيل العمل

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת נא סמן הסיבה إن لم تعمل في الأشهر الثلاثة التي سبقت الإصابة الرجاء الإشارة الى السبب	
<input type="checkbox"/> מחלה مرض	<input type="checkbox"/> אבטלה بطالة
<input type="checkbox"/> מילואים خدمة الاحتياط	<input type="checkbox"/> חופשה عطلة
<input type="checkbox"/> אחרת אחר	<input type="checkbox"/> נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל الرجاء ارفاق تصاريح او قسائم راتب للأشهر الثلاثة المذكورة أعلاه
נא צרף אישורים. ارفق التصريحات	
עבדתי אצל מעבידים נוספים عملت عند أصحاب عمل آخرين	
חזרה לעבודה العودة للعمل	
הצהרה: אני מצהיר בזה כי שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו משעה _____ עד שעה _____ تصريح: اصرح بأن ساعات عملي بحرقتي او بعلمي قبل الإصابة كانت من الساعة _____ حتى الساعة _____	
<input type="checkbox"/> טרם חזרתי לעבודה قبل عودتي للعمل	
<input type="checkbox"/> מיום _____ من تاريخ _____	לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה لم اعمل نهائية بسبب الإصابة
<input type="checkbox"/> מיום _____ من تاريخ _____	שהיתי בעסק / בעבודתי משעה _____ עד שעה _____ كنت في المصلحة / العمل من الساعة _____ حتى الساعة _____
<input type="checkbox"/> מיום _____ من تاريخ _____	שהיתי בעסק / בעבודתי משעה _____ עד שעה _____ كنت في المصلحة / العمل من الساعة _____ حتى الساعة _____
<input type="checkbox"/> חזרתי לעבודה מלאה ביום _____ عدت للعمل بشكل كامل بتاريخ _____	

פרטי עיסוק ופרטי פגיעה  
 تفاصيل العمل وتفاصيل الإصابة

ז. מקום תשלום  
 ז. مكان الدفع

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי, בקשר לתביעתי זו, אבקש להעבירו לזכות חשבוני דלהלן:  
 كل الدفعات التي استحقها من مؤسسة التأمين الوطني, المتعلقة بطلبي هذا, أطلب تحويلها الى حسابي التالي:

<input type="checkbox"/> פרטי شخصي	סוג החשבון نوع الحساب			שמות בעלי החשבון أسماء اصحاب الحساب
<input type="checkbox"/> קיבוץ كيبوتس				
	מספר החשבון رقم الحساب	מספר הסניף رقم الفرع	שם הסניף/כתובת اسم الفرع/ عنوانه	שם הבנק اسم البنك

לחשבון פרטי שלי.  
 לחבר קיבוץ או מושב שיתופי:  אני מבקש להעביר את התשלום לחשבון הקבוץ  
 لأعضاء الكيبوتس او بلدة تعاونية:  انا اطلب تحويل المبلغ لحساب الكيبوتس

פרטים כלליים  
 تفاصيل عامة

ח. פטור ממס הכנסה  
 ح. إعفاء من ضريبة الدخل

- עורר או נכה 100%  
 كيف او عجز 100%
- פטור חלקי - מצ"ב אישור לפיו אני זכאי לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה  
 إعفاء جزئي - مرفق تصريح, استحق وفقاً له إعفاء من ضريبة الدخل قبل الإصابة

אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו על-ידי בתביעתי זאת הינם נכונים. ידוע לי כי מסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק והנני תובע תשלום דמי פגיעה כחוק.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או בחלקו שולם בטעות או שלא כדין. וכן ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים כאמור. אנו השותפים לחשבון מתחייבים להשתמש בכספי הגמלה שהופקדו לחשבון עבור מקבל הגמלה.

أصرح بأن جميع التفاصيل التي قدمتها في هذا الطلب صحيحة. اعرف ان تقديم تفاصيل غير صحيحة او اخفاء تفاصيل يعتبر مخالفة للقانون, وانني في طلبي هذا اطلب مخصصات اصابة وفقاً للقانون.

ואף אין יעיד הבנק אל מוססה התאמין الوطني حسب طلبها مبالغ من الحساب, اذا كانت المؤسسة قد اودعت في الحساب مبلغاً كاملاً او قسماً منه بالخطأ او ليس وفقاً للقانون, وكذلك ان يعطي المؤسسة تفاصيل الذين سحبوا المبالغ المذكورة. نحن الشركاء في الحساب, نلتزم بصرف مبالغ المخصصات التي ستودع في الحساب, لمتلقي المخصصات

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע X \_\_\_\_\_  
 التاريخ \_\_\_\_\_ توقيع مقدم الطلب \_\_\_\_\_

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומספר זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

אذا لم يوقع مقدم الطلب على نموذج الطلب الرجاء ذكر السبب لذلك, اسم الموقع, عنوانه ورقم هويته. اذا تم التوقيع على الطلب ببصمة الاصبع الرجاء ذكر اسم الشاهد على التوقيع ورقم هويته.

اسم الشاهد \_\_\_\_\_ رقم هوية الشاهد \_\_\_\_\_ توقيع الشاهد \_\_\_\_\_

לשימוש המוסד בלבד  
 للاستخدام المكتبي

<input type="checkbox"/> קוד סוג הפגיעה رمز نوع الاصابة	<input type="checkbox"/> אין עילה لا يوجد سبب	סעיף 328 بند <input type="checkbox"/> יש עילה هناك سبب	תיק מעביד ملف صاحب العمل	<input type="checkbox"/> קוד ביטוח رمز التأمين
			9	

למילוי ע"י המעביד אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי, ימולא ע"י הנפגע)  
 للتعبئة على يد صاحب العمل إذا كان مقدم الطلب أجيراً ( في حال تقديم الطلب من قبل مستقل, يقوم المصاب بتعبئة الطلب)

י. פרטים על תאונה מחוץ לעסק או למפעל.  
 י. تفاصيل عن حادث خارج مكان العمل او المصنع

התאונה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה      מקום הפגיעה \_\_\_\_\_  
 وقع الحادث خارج المصنع - خلال العمل      مكان الاصابة \_\_\_\_\_

המקום בו היה על הנפגע לעבוד או בו עבד הנפגע ביום התאונה \_\_\_\_\_  
 المكان الذي توجب على المصاب العمل فيه او عمل فيه في يوم الحادث \_\_\_\_\_

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכתלי המפעל?       לא       כן  
 هل العامل يعمل بشكل ثابت خارج المصنع?      لا      نعم

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה?       לא       כן      שםם \_\_\_\_\_  
 هل تواجد عمال اخرون اثناء الاصابة      لا      نعم      اسماؤهم \_\_\_\_\_

תפקיד הנפגע במפעל \_\_\_\_\_      מטרת יציאתו מחוץ למפעל \_\_\_\_\_  
 وظيفة المصاب في المصنع      هدف خروجه خارج المصنع \_\_\_\_\_

שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת \_\_\_\_\_      תפקידו \_\_\_\_\_  
 اسم الموظف الذي أمر مقدم الطلب بالخروج      وظيفته \_\_\_\_\_

שעת היציאה \_\_\_\_\_      שעת החזרה הצפויה \_\_\_\_\_  
 ساعة الخروج      ساعة الرجوع المتوقعة \_\_\_\_\_

תאונה בדרך לעבודה, באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה \_\_\_\_\_      איזו משמרת \_\_\_\_\_  
 حادث في الطريق للعمل, في أي ساعة كان عليه بدء العمل      اية ووردية \_\_\_\_\_

האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש?       לא       כן  
 هل المركبة المتورطة في الحادث بملكية صاحب العمل او باستعماله?      لا      نعم

תאונה בדרך הביתה, באיזו שעה סיים את העבודה \_\_\_\_\_      האם סיים בשעה הקבועה?       לא       כן  
 حادث في الطريق للبيت, في أي ساعة انهى عمله      هل انتهى العمل في الساعة المحددة?      لا      نعم

הסיבה ליציאה המוקדמת \_\_\_\_\_      הסיבה للخروج المبكر \_\_\_\_\_

יא. פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה  
 י א. تفاصيل الأجر في الأشهر الأربعة التي سبقت التوقف عن العمل

שם המפעל / המעביד \_\_\_\_\_      מספר תיק מעביד במוסד \_\_\_\_\_  
 اسم المصنع / صاحب العمل      رقم ملف صاحب العمل في المؤسسة \_\_\_\_\_

בפרטי השכר יש לכלול את כל רכיבי השכר. את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו יש לפרט גם בטור נפרד.  
 في تفاصيل الأجر يجب شمل كل مركبات الأجر. يجب تفصيل الإضافات الاستثنائية, الفروقات او المنح التي دفعت أيضاً في عمود منفصل.

9

<input type="checkbox"/> תאריך התחלת העסקת העובד	_____	מעמד העובד	_____	<input type="checkbox"/> ארעי	<input type="checkbox"/> קבוע
תאריך בדיאת תשגיל האמל\الموظف	_____	وضعية العامل	_____	مؤقت	ثابت
<input type="checkbox"/> העובד ממשיך להמנות על עובדי המפעל	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך _____			
ما زال العامل محسوباً من عمال المصنع	نعم	لا, العامل توقف عن العمل بالمصنع من تاريخ _____			
<input type="checkbox"/> העובד שב לעבודה ביום _____	<input type="checkbox"/> העובד לא שב עדיין לעבודה.	العامل لم يعد بعد للعمل			
العامل عاد للعمل بتاريخ _____					
<input type="checkbox"/> העובד נעדר מהעבודה בחודשים הנ"ל בתקופות _____	_____	מהסיבה _____			
العامل تغيب عن العمل بهذه الأشهر في فترة _____		بسبب _____			

**1א. פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעביד/קרון דמי מחלה**  
 1. تفاصيل عن دفع اجازة مرضية من قبل صاحب العمل/ صندوق المخصصات المرضية

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעביד - נכון ליום התאונה  
 هل العامل يستحق رسوم مرضية من قبل صاحب العمل - صحيح ليوم الحادث

כן, ציון מס' הימים העומדים לזכותו עד ליום התאונה \_\_\_\_\_  
 نعم, اذكر عدد الايام التي يستحقها حتى يوم الحادث

לא \_\_\_\_\_  
 لا

העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו  
 العامل استغل جميع الايام التي يستحقها

לא נצברו ימי מחלה  
 لم يجمع ايام اجازة مرضية

אחר \_\_\_\_\_  
 اخر

העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרון לדמי מחלה \_\_\_\_\_  
 العامل يستحق رسوم ايام مرضية من قبل صندوق المخصصات المرضية

שם הקרון \_\_\_\_\_  
 اسم الصندوق \_\_\_\_\_

**1ב. הצהרת המעביד**  
 1.ب. تصريح المشغل

**הצהרה:** אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שנמסרו על ידי העובד ועל ידינו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו פרט ל:  
 נא לפרט את ההסתגנויות - אם ישנן - לגבי הפגיעה.  
**תסריח:** نحن الموقعون ادناه نصرح بأن التفاصيل التي قدمها صاحب العمل وقدمناها نحن في نموذج الطلب صحيحة وفقاً لمعرفتنا ما عدا:  
 الرجاء تفصيل التحفظات - إن وجدت - بالنسبة للإصابة

---

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה  
 نعم, نحن نؤكد ان مقدم الطلب كان يشتغل عاملاً/ موظفاً في المصنع/ مكان العمل عند وقوع الاصابة بالعمل

תאריך التاريخ	תפקיד החותם وظيفة الموقع	שם החותם اسم الموقع	חתימה וחותמת التوقيع والختم
------------------	-----------------------------	------------------------	--------------------------------

העובד זכאי לפטור בשעור 100% ממס הכנסה  
العامل يستحق إعفاء بنسبة 100% من ضريبة الدخل

**מעביד מורשה לפי תקנה 22:**  
مشغل مرخص حسب بند النظام 22:

הנ"ל נכלל בהרשאה ונעדר מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_ **ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.**  
المذكور أعلاه تم شمله في المصادقة وتغيب من تاريخ \_\_\_\_\_ حتى تاريخ \_\_\_\_\_  
ودفعنا له مخصصات إصابة وفقاً للقانون

הנ"ל אינו נכלל בין העובדים שלגביהם נתנה הרשאה לחברה / למפעל.  
المذكور أعلاه لم يتم شمله من بين العمال الذين قدمت المصادقة عنهم للشركة/ المصنع.

**מעביד מאושר לפי סעיף 343:**  אני מעביד מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)  
مشغل مرخص حسب بند 343: أنا مشغل مرخص وفقاً لبند 343 (بند 162 في الصيغة القديمة)

**קיבוץ:**  הנ"ל חבר קיבוץ מופיע בקוד סוג ביטוח \_\_\_\_\_  הנ"ל אינו חבר - מופיע בקוד סוג ביטוח \_\_\_\_\_  
**כייבויס:**  המזכור أعلاه عضو في كيبوتس يظهر في رمز نوع التأمين \_\_\_\_\_  המזכור أعلاه ليس عضواً - يظهر في رمز نوع التأمين \_\_\_\_\_

X

**חתימת המעביד וחתימת**  
(רק במקרים של פרטים משלימים)  
توقيع المشغل وختم  
(فقط في حالات تفاصيل مكملة)

ויתור על סודיות רפואית  
המוסד לביטוח לאומי  
تنازل عن السرية الطبية  
مؤسسة التأمين الوطني

לכבוד \_\_\_\_\_  
לحضرة \_\_\_\_\_  
סניף \_\_\_\_\_  
فرع \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_  
التاريخ \_\_\_\_\_  
אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_  
אنا \_\_\_\_\_ الموقع ادناه , هوية رقم : \_\_\_\_\_  
הגר ב- \_\_\_\_\_  
اسكن في \_\_\_\_\_  
חבר קופ"ח \_\_\_\_\_  
مؤمن في صندوق المرضى \_\_\_\_\_

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו. אطلب ان تقدموا لمؤسسة التأمين الوطني او الموكل من قبلها, كل المعلومات بالنسبة لمرضي, حالتي الصحية, العلاج الذي اتلقاه, نتائجه و/او اي معلومات أخرى يطلبونها و/או اي مستند طبي عني.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_  
اسم الطبيب المعالج \_\_\_\_\_  
חתימה \_\_\_\_\_  
التوقيع \_\_\_\_\_

ויתור על סודיות רפואית  
המוסד לביטוח לאומי  
تنازل عن السرية الطبية  
مؤسسة التأمين الوطني

לכבוד \_\_\_\_\_  
لحضرة \_\_\_\_\_  
סניף \_\_\_\_\_  
فرع \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_  
التاريخ \_\_\_\_\_  
אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_  
אنا \_\_\_\_\_ الموقع ادناه , هوية رقم: \_\_\_\_\_  
הגר ב- \_\_\_\_\_  
اسكن في \_\_\_\_\_  
חבר קופ"ח \_\_\_\_\_  
مؤمن في صندوق المرضى \_\_\_\_\_

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו. אطلب ان تقدموا لمؤسسة التأمين الوطني او الموكل من قبلها, كل المعلومات بالنسبة لمرضي, حالتي الصحية, العلاج الذي اتلقاه, نتائجه و/او اي معلومات أخرى يطلبونها و/או اي مستند طبي عني.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_  
اسم الطبيب المعالج \_\_\_\_\_  
חתימה \_\_\_\_\_  
التوقيع \_\_\_\_\_

ויתור על סודיות רפואית  
המוסד לביטוח לאומי  
تنازل عن السرية الطبية مؤسسة التأمين الوطني

לכבוד לחצרה \_\_\_\_\_  
סניף \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_  
فرع \_\_\_\_\_  
التاريخ \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_  
אנא \_\_\_\_\_  
הגר ב- \_\_\_\_\_  
אסکن פי \_\_\_\_\_  
הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_  
מوقع ادناه, رقم هوية \_\_\_\_\_  
חבר קופ"ח \_\_\_\_\_  
مؤمن في صندوق المرضى \_\_\_\_\_

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.  
אطلب ان تقدموا لمؤسسة التأمين الوطني او الموكل من قبلها, كل المعلومات بالنسبة لمرضي, حالتي الصحية, العلاج الذي اتلقاه, نتائجه و/او اي معلومات أخرى يطلبونها و/او اي مستند طبي عني.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_  
اسم الطبيب المعالج \_\_\_\_\_  
חתימה \_\_\_\_\_  
التوقيع \_\_\_\_\_

ויתור על סודיות רפואית  
המוסד לביטוח לאומי  
تنازل عن السرية الطبية  
مؤسسة التأمين الوطني

לכבוד לחצרה \_\_\_\_\_  
סניף \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_  
فرع \_\_\_\_\_  
التاريخ \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_  
אנא \_\_\_\_\_  
הגר ב- \_\_\_\_\_  
אסکن פי \_\_\_\_\_  
הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_  
מوقع ادناه, رقم هوية \_\_\_\_\_  
חבר קופ"ח \_\_\_\_\_  
مؤمن في صندوق المرضى \_\_\_\_\_

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.  
אطلب ان تقدموا لمؤسسة التأمين الوطني او الموكل من قبلها, كل المعلومات بالنسبة لمرضي, حالتي الصحية, العلاج الذي اتلقاه, نتائجه و/او اي معلومات أخرى يطلبونها و/او اي مستند طبي عني.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_  
اسم الطبيب المعالج \_\_\_\_\_  
חתימה \_\_\_\_\_  
التوقيع \_\_\_\_\_