



תביעה לתשלום גמלה לתלויים בנפגעי עבודה طلب مخصصات المُعالين بواسطة مصابي حوادث العمل

כיצד יש להגיש את התביעה كيفية تقديم الطلب

עליך לצרף אישורים נוספים לפי הנדרש בטופס התביעה.
عليك إرفاق الإثباتات اللازمة حسب ما طلب في هذا الطلب.

את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
تستطيع تقديم الطلب مع الإثباتات اللازمة في إحدى الطرق التالية:

- למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
- תעביר את הנתונים ונסחך צונית עם המסמכים الإضافיים ומנ אرساله بواسطة موقع الانترنت/ارسال مستندات. לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- אرساله بواسطة البريد، فاكس أو صندوق الخدمة المتواجد في الفرع الموجود في مكان سكنك.

לשאלות ולבירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.
للسئلة والاستفسار عليك التوجه لهاتف رقم 6050* أو 04-8812345، أو الاستعانة بموقع الانترنت www.btl.gov.il

לתשומת ליבך, הטיפול בתביעה עלול להתארך ולפיכך מוצע להגיש במקביל גם תביעה לקצבת שארית (בל / 410).
لعلمك، اتخاذ القرار في هذا الطلب قد يتطلب الكثير من الوقت لذا، مفضل تقديم طلب مخصصات أرا مل برفقة هذا الطلب (410).

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח ויותר סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
إذا كنت ممثلًا من قبل محامٍ، يجب طلب إدخال توكيل رسمي من المحامي عبر نظام الممثلين في المخصصات على موقع التأمين الوطني. إذا كان غير قادر على القيام بذلك، أو في حال محاسب أو مستشار ضريبي، أرسل إلينا نموذج بل/73: "وكالة وتنازل عن سرية لممثل في مسائل المخصصات".

לידיעתך لعلمك

לאלמן בלבד - חובה לצרף אישור הכנסות על כל מקור הכנסה.
للأرمل فقط - يجب إرفاق تصريح عن المدخولات من كل مصادر الدخل.

לאלמנה הנמצאת בהריון - תעודה רפואית ובה פירוט על חודש ההריון.
للأرملة الحامل - شهادة طبية مصرّح فيها عن فترة الحمل.

על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
وفقًا للقانون، لن تُدفع المخصصات لمدة تزيد عن 12 شهرًا (بأثر رجعي) من يوم تقديم الطلب.

ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.
يمكنك استلام المكاتيب بواسطة البريد الالكتروني بدلاً من البريد. لذا، عليك تعبئة تفاصيل البريد الالكتروني في الطلب. سيرسل اليك بريد الكتروني لمشاهدة المکتوب بشكل آمن في موقع الانترنت الشخصي للتأمين الوطني بدلاً من البريد.

חובה לחתום על טופס התביעה **التوقيع على نموذج الطلب إلزامي**

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד
كتبت هذه الإستمارة بصيغة المذكر لكنّها موجهة للنساء والرجال على حدّ سواء

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> מס' זהות / דרכון סוג המסמך </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
---	---------------------------

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הגמלאות
 נפגעי עבודה
 مؤسسة التأمين الوطني
 مديرية المخصصات
 مصابي العمل

תביעה לתשלום גמלה לתלויים בנפגעי עבודה
طلب مخصصات المُعالين بواسطة مصابي حوادث العمل

פרטי המנוח
تفاصيل المتوفي

1

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية ס"ב
מין الجنس	תאריך לידה تاريخ الميلاد	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
התלויים בנפגע المعالون بواسطة المصاب	מעמד אישי בעת הפגיעה الحالة الاجتماعية عند الإصابة	<input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> מתزوج <input type="checkbox"/> מطلق <input type="checkbox"/> أعزب
<input type="checkbox"/> אישה <input type="checkbox"/> הורים <input type="checkbox"/> זרע	<input type="checkbox"/> ילדים <input type="checkbox"/> אחרים. פרט: _____ <input type="checkbox"/> אהל <input type="checkbox"/> אהל <input type="checkbox"/> אהל	<input type="checkbox"/> אהל <input type="checkbox"/> אהל <input type="checkbox"/> אהל
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) العنوان (כמו هو מסגל في وزارة الداخلية)		
רחוב / תא דואר شارع/صندوق البريد	מס' בית رقم المنزل	כניסה المدخل
דירה الشقة	יישוב البلدة	מיקוד رقم المنطقة

2

פרטי מקום עבודת המנוח בעת הפגיעה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א'
تفاصيل مكان عمل المتوفي عند الإصابة – إذا كنت واحدا من قوات الأمن، الرجاء تعبئة البند 2أ'

אם המנוח היה שכיר إذا كان المتوفي أجيرًا	מקום העבודה مكان العمل	כתובת العنوان	טלפון رقم الهاتف
אם המנוח היה עצמאי إذا كان المتوفي مستقلاً	שם העסק اسم المصلحة	כתובת العنوان	טלפון رقم الهاتف
אם המנוח היה מתנדב إذا كان المتوفي متطوعاً	שם הגוף ששלח אותו להתנדבות اسم المؤسسة التي أرسلته للتطوع		

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון
تفاصيل مكان العمل – قوات الأمن

2א'

<p>טלפון קווי رقم الهاتف</p> <p>טלפון נייד الهاتف الخليوي</p> <p>מס' פקס رقم الفاكس</p>	<p>מקום השירות مكان الخدمة</p>			
	<input type="checkbox"/> משמר הכנסת حرس الكنيست		<input type="checkbox"/> צה"ל جيش الدفاع الاسرائيلي	
	<input type="checkbox"/> משא"ז الحراسة		<input type="checkbox"/> שב"ס مصلحة السجون	
	<input type="checkbox"/> אחר أخر		<input type="checkbox"/> משטרה الشرطة	
	מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلدة	מס' בית رقم المنزل	רחוב/תא الشارع/صندوق
תאריך סיום השירות בקבע تاريخ انتهاء الخدمة الثابتة		תאריך כניסה לשירות קבע تاريخ دخول الخدمة الثابتة		
<p>האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה هل قدمت طلب لقسم التأهيل في وزارة الدفاع فيما يتعلق بالإصابة المذكورة</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא نعم كلا </p> <p>אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה. إذا قدمت طلب وتم رفضه, الرجاء ارفاق نسخة عن مکتوب الرفض.</p>				

פרטי הפגיעה
تفاصيل الإصابة

3

הכתובת בה ארעה הפגיעה (במפעל, בדרך וכו')
 العنوان الذي حصلت فيه الإصابة (في مكان العمل, في الطريق الى العمل وما شابه)

מקום הפגיעה:
 مكان الإصابة

במפעל או בעסק מחוץ למפעל או לעסק בדרך לעבודה בדרך הביתה
 في المصنع أو المصلحة خارج المصنع أو المصلحة في الطريق الى العمل في الطريق الى البيت

סוג הפגיעה: נפילה ממקום גבוה נפילה כתוצאה ממפגע בדרך התחשמלות תקיפה פגיעה מבעל חיים
 نوع الإصابة سقوط من مكان مرتفع سقوط نتيجة خطر على الطريق ضربة كهرباء اعتداء إصابة من حيوان

אחר, פרט _____
 سبب آخر، فصل

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

وصف كامل للإصابة، ظروفها واسبابها، مع ذكر المعدات والأجهزة التي أدت إلى الإصابة (إن لم تكن المساحة كافية الرجاء إرفاق سجل إضافي وفيه تفاصيل الإصابة كاملة ومفصلة):

פרטי הפגיעה – המשך

تفاصيل الإصابة -تكملة

<p>שעת הפגיעה ساعة الإصابة</p>	<p>יום בשבוע اليوم في الاسبوع</p>	<p>תאריך הפגיעה تاريخ الإصابة</p> <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> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>יום</td><td>شهر</td><td>سنة</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											יום	חודש	שנה								יום	شهر	سنة							
יום	חודש	שנה																														
יום	شهر	سنة																														
<p>שעת הפטירה ساعة الوفاة</p>		<p>תאריך הפטירה تاريخ الوفاة</p> <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> <tr> <td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>יום</td><td>شهر</td><td>سنة</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											יום	חודש	שנה								יום	شهر	سنة							
יום	חודש	שנה																														
יום	شهر	سنة																														

במקרה של פטירה עקב תאונת דרכים: נא לציין האם נפגע בהיותו: נהג נוסע הולך רגל
 في حالة وفاة نتيجة حادث طرق: الرجاء سَجّل اذا أصيب المؤمن في حين كان: سائق مرافق من المشاة

סוג הרכב המעורב בתאונה _____ מס' רישוי הרכב _____
 نوع السيارة التي كانت طرف في الحادث رقم ترخيص السيارة

חב' הביטוח של הרכב _____ מס' פוליסת ביטוח _____
 شركة تأمين السيارة رقم بوليصة التأمين

(נא לצרף צילום תעודת ביטוח ורישיון רכב)
 (الرجاء ارفاق نسخة عن شهادة التأمين و رخصة السيارة)

פרטי הנהג: שם: _____ ת.ז. _____
 تفاصيل السائق: الاسم: رقم الهوية

פרטי נוסעים נוספים ברכב: _____
 تفاصيل الركاب في السيارة:

האם נמסרה הודעה על התאונה או האירוע למשטרה? לא כן, נא לצרף דו"ח משטרה
 هل قَدّم بلاغ للشرطة عن الحادث أو الإصابة؟ كلا نعم, الرجاء ارفاق تقرير الشرطة

התאונה טופלה בתחנת משטרה ב- _____ מס' תיק במשטרה _____
 محطة الشرطة التي عالجت الحادث هي- رقم الملف في الشرطة

במקרה והפגיעה נגרמה כתוצאה ממפגע, האם ברשותך תמונות של מקום המפגע? לא כן, נא לצרף לטופס
 התביעה

في حال كان الضرر ناجم عن جسم خطر, هل يوجد بحوزتك صور عن مكان هذا الجسم؟ كلا نعم, أرفقها مع الطلب

4 סיוע וייצוג בהגשת התביעה
 مساعدة وتمثيل في تقديم الطلب

4

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? לא כן,
 هل قدمت طلبك بواسطة هيئة مساعدة? كلا نعم,

הגוף המייצג או המסייע: עו"ד חברת מימוש זכויות יד מכוונת בית חולים עמותה אחר
 الهيئة الممثلة أو المساعدة: محام شركة لتنفيذ الحقوق اليد الموجهة مستشفى جمعية آخر

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

إذا كنت ممثلاً من قبل محامٍ، يجب طلب إدخال توكيل رسمي من المحامي عبر نظام الممثلين في المخصصات على موقع التأمين الوطني. إذا كان غير قادر على القيام بذلك، أو في حال محاسب أو مستشار ضريبي، أرسل إلينا نموذج بל/73: "وكالة وتنازل عن سرية لممثل في مسائل المخصصات".

שם גורם מסייע اسم الجهة المساعدة	כתובת العنوان	טלפון هاتف
-------------------------------------	------------------	---------------

5 קבלת טיפול רפואי
 تلقي العلاج الطبي

5

שם הרופא או השירות הרפואי שטיפלו במנוח בעת הפגיעה
 اسم الطبيب أو المركز الطبي الذين اعتنوا بالمرحوم عند الإصابة

תאריך קבלת הטיפול הרפואי לראשונה
 تاريخ تلقي العلاج الأولي

שם בית החולים בו אושפז
 اسم المستشفى الذي مكثت فيه

שנה سنة	חודש شهر	יום يوم
_____	_____	_____

שם המרפאה והרופא המטפל
 اسم العيادة والطبيب المعالج

שם קופת החולים בה היה חבר
 اسم صندوق المرضى المؤمن به

פרטים משלימים
تفاصيل مكملة

שמות העדים לפגיעה
اسماء الشهود على الإصابة

לא נכחו עדים
 لم يكن هنالك شهود

כן נכחו עדים. אנא מלא את פרטי העדים:
 كان هنالك شهود. الرجاء تعبئة تفاصيل الشهود:

<input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר زميل للعمل شخص أعرفه آخر	כתובת العنوان	שם העד اسم الشاهد	1.
<input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר زميل للعمل شخص أعرفه آخر	כתובת العنوان	שם העד اسم الشاهد	2.

האם הוגשה או תוגש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה כנד גורם אחר מלבד הביטוח הלאומי?
 هل قدمت أو ستقدم دعوى لتعويضات أضرار عن الحادث ضد هيئة غير مؤسسة التأمين الوطني؟

לא
 كلا

כן, תאונת דרכים נזיקין
 نعم, حادث طرق دعوى أضرار :

הנתבע: _____ עו"ד: _____ ת.ז. _____
 المدعى عليه: _____ المحامي _____ بطاقة هوية _____

כתובת _____ טלפון _____ כתובת דואר אלקטרוני _____
 العنوان الهاتف عنوان البريد الإلكتروني _____

נא ציין היכן התביעה הוגשה : בבית משפט שלום מחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____
 الرجاء تسجيل أين قدمت الدعوى: في محكمة _____ الصلح _____ المركزية _____ في البلدة _____ رقم الملف المدني _____

האם התובע קיבל או עתיד לקבל תשלום בקשר לפגיעה מגורם אחר
 هل تلقى المدعي أو سيتلقى أي دفعة متعلقة بالإصابة من مصدر آخر

לא
 كلا

כן (פרט)

نعم (فصل)

פרטי האלמן
تفاصيل الأرملة

<p>שם משפחה اسم العائلة</p> <p>שם פרטי الاسم الشخصي</p> <p>מספר זהות رقم الهوية ס"ב</p>	<p>מין الجنس</p> <p><input type="checkbox"/> זכר ذكر</p> <p><input type="checkbox"/> נקבה أنثى</p>	<p>תאריך לידה تاريخ الميلاد</p> <p>שנה חודש יום سنة شهر يوم</p>	<p>תאריך נישואין تاريخ الزواج</p> <p>שנה חודש יום سنة شهر يوم</p>
---	--	---	---

עיסוק: שכיר עצמאי מתנדב
العمل: أجير مستقل متطوع

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)
العنوان (كما هو مسجل في وزارة الداخلية)

רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد	מס' בית رقم المنزل	כניסה المدخل	דירה الشقة	יישוב البلدة	מיקוד رقم المنطقة
<p>טלפון קווי رقم الهاتف</p>	<p>טלפון נייד الهاتف الخليوي</p>	<p>דואר אלקטרוני: بريد الكتروني:</p> <p>@</p>			

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. אرفض استلام الرسائل التي تشمل معلومات شخصية عبر القنوات المباشرة (الديجيتال) (رسائل نصية – SMS, البريد الالكتروني) بدلا من البريد العادي. يرجى الملاحظة أنه إذا لم تُشير لعلامة "أنا أرفض"، سيتم إرسال رسائل التأمين الوطني إلى القنوات المباشرة وفقا للمعلومات التي قدمتها.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)
العنوان البريدي (إذا كان مختلفا عن العنوان أعلاه)

רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد	מס' בית رقم المنزل	כניסה المدخل	דירה الشقة	יישוב البلدة	מיקוד رقم المنطقة
-----------------------------------	-----------------------	-----------------	---------------	-----------------	----------------------

פרטי חשבון הבנק של התובע
תفاصيل حساب البنك لمقدم الطلب

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:
أطلب تحويل أي دفعة قد أستحقها عن هذا الطلب لحسابي الخاص المسجلة تفاصيله أدناه:

שמות בעלי החשבון
 اسماء أصحاب الحساب

שם הבנק اسم البنك	שם הסניף / כתובתו اسم الفرع/عنوانه	מס' סניף رقم الفرع	מספר חשבון رقم الحساب

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: לחשבון הקיבוץ / המושב לחשבוני הפרטי
 لعضو كيبوتس أو قرية تعاونية: أطلب تحويل الدفعة: لحساب الكيبوتس / القرية لحسابي الخاص

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

أنا شريك في حساب البنك التابع لحامل بطاقة هوية رقم _____ الاسم _____ ألتزم باستخدام مبلغ المخصصات الذي سيحوّل إلى الحساب، لمصلحة متلقي المخصصات.

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.

ألتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي تغيير قد يطرأ على هوية الشركاء في حساب البنك و/أو المفوضين في الحساب، والحصول على توقيعهم على استمارة تحديث الحساب. أوافق بأن يقوم البنك من حين إلى آخر بتزويد مؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، بتفاصيل الشركاء والمفوضين، وذلك خلال فترة الاستحقاق أو بعدها.

אوافق أن يقوم البنك بإعادة الأموال المودعة في حسابي لمؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، وذلك في حال قامت المؤسسة بتحويل مبلغ ما إلى حسابي بالخطأ أو بشكل غير قانوني، سواء كان كاملاً أو جزئياً. كما ويجوز للبنك تزويد المؤسسة بتفاصيل الأشخاص الذين قاموا بسحب الأموال.

אوافق بأن تتوجه المؤسسة للبنك المذكور أعلاه, بواسطة الاتصالات المحوسبة, لغرض التحقق من ملكيتي لحساب البنك أعلاه وتزويدها بالمعلومات الضرورية لهذا الغرض. وبدلاً من ذلك, معلوماً لدي بأن المؤسسة تستطيع طلب مستندات واثباتات إضافية من أجل التحقق من تفاصيل حساب البنك المصرح عنه أعلاه ويجب علي إرفاقها حسب الطلب.

x

x

חתימת/חתימות השותפים לחשבון
 توقيع الشركاء في الحساب

חתימת מקבל התשלום
 توقيع مقدم الطلب

תאריך
 تاريخ

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 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.

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. אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני הטבות.

أنا الموقع أدناه أصرح بهذا أن جميع التفاصيل التي قَدِّمت ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة. أعلم أن تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تعتبر مخالفة للقانون, وأن الشخص الذي يقوم, بالعلم أو الاحتيال, للمصادقة على دفع المخصّصات وفق هذا القانون، أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية، سيعاقب بدفع غرامة أو بالسجن. أعلم أن أيّ تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملاحقه قد يؤثر على استحقاقي للمخصّصات أو على تراكم دين، لهذا ألتزم بالتبليغ عن أيّ تغيير خلال 30 يوم. أعلم بأنه يجب ابلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أيّ تغيير قد يحدث في تفاصيل الاتصال لدي. في حال عدم تحديث تفاصيل الاتصال فسيتم إرسال المعلومات عبر القنوات التي سجّلتها في هذا النموذج. أوافق بهذا على نقل المعلومات الخاصة بي إلى المؤسسات التي تقدّم الامتيازات, إذا كنت مؤهلاً للحصول على هذه الامتيازات.

תאריך _____

חתימת התובע * _____

תאריך _____

תאריך _____

פרטים על תלויים אחרים בנפגע (יש לציין רק את מי שאינו אלמן או ילדים של המנוח)
תفاصيل معالين آخرين بواسطة المصاب (يجب تسجيل من هو ليس الأرملة أو من أولاد المتوفي)

תלוי 4 מعال 4	תלוי 3 מعال 3	תלוי 2 מعال 2	תלוי 1 מعال 1	
ס"ב	ס"ב	ס"ב	ס"ב	מס' זהות رقم الهوية
				שם משפחה اسم العائلة
				שם פרטי الاسم الشخصي
שנה שנה שנה	שנה שנה שנה	שנה שנה שנה	שנה שנה שנה	תאריך לידה تاريخ الميلاد
יום חודש יום	יום חודש יום	יום חודש יום	יום חודש יום	מין (זכר/נקבה) الجنس (ذكر/أنثى)
				יחס הקרבה لنפגע
				נוע صلة القرابة للمصاب
				כתובת מלאה العنوان الكامل
				מקום העבודה مكان العمل
				הכנסה חודשית מעבודה * וממקורות אחרים الدخل الشهري من العمل * ومن مصادر أخرى

המשך: פרטים על תלויים אחרים בנפגע (יש לציין רק את מי שאינו אלמן או ילדים של המנוח)

תכלה: تفاصيل معالين آخرين بواسطة المصاب (يجب تسجيل من هو ليس الأرملة أو من أولاد المتوفي)

				הכנסה מתמיכת המנוח دخل من دعم المرحوم
				האם מקבל קצבה מהמוסד? هل يتلقى مخصصات من مؤسسة التأمين الوطني
				האם גר בדירת המנוח לפני הפטירה? אם כן ציין ממתי هل سكن في شقة المرحوم قبل الوفاة? اذا كان الجواب نعم, سجل منذ متى

* אם אינו עובד – ציין את הסיבה:

* اذا لم يعمل – أذكر السبب:

פרטי חשבון הבנק של תלויים אחרים בנפגע – אם קיימים

تفاصيل حساب بنك المعالين الآخرين – إذا وُجد

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה: **أطلب تحويل أي دفعة قد استحقها عن هذا الطلب لحسابي الخاص المسجلة تفاصيله أدناه:**

שמות בעלי החשבון
اسماء اصحاب الحساب

שם הבנק اسم البنك	שם הסניף / כתובתו اسم الفرع/عنوانه	מס' סניף رقم الفرع	מספר חשבון رقم الحساب

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: לחשבון הקיבוץ / המושב לחשבוני הפרטי
لعضو كيبوتس أو قرية تعاونية: أطلب تحويل الدفعة: لحساب الكيبوتس / القرية لحسابي الخاص

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

أنا شريك في حساب البنك التابع لحامل بطاقة هوية رقم _____ الإسم _____ ألتزم باستخدام مبلغ المخصصات الذي سيحول إلى الحساب، لمصلحة متلقي المخصصات.

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 כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

ألتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي تغيير قد يطرأ على هوية الشركاء في حساب البنك و/أو المفوضين في الحساب، والحصول على توقيعهم على استمارة تحديث الحساب. أوافق بأن يقوم البنك من حين إلى آخر بتزويد مؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، بتفاصيل الشركاء والمفوضين، وذلك خلال فترة الاستحقاق أو بعدها.

أوافق أن يقوم البنك بإعادة الأموال المودعة في حسابي لمؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، وذلك في حال قامت المؤسسة بتحويل مبلغ ما إلى حسابي بالخطأ أو بشكل غير قانوني، سواء كان كاملاً أو جزئياً. كما ويجوز للبنك تزويد المؤسسة بتفاصيل الأشخاص الذين قاموا بسحب الأموال.

✕

חתימת/חתימות השותפים לחשבון
توقيع الشركاء في الحساب

✕

חתימת מקבל התשלום
توقيع مقدم الطلب

תאריך
تاريخ

אישור המעביד על עבודה ושכר (אם המנוח היה שכיר)
تصريح صاحب العمل عن العمل والراتب (إذا كان المتوفى أجيرًا)

I פרטי המנוח

تفاصيل المتوفى

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية

II פרטי המעסיק

تفاصيل صاحب العمل

שם המעסיק اسم صاحب العمل	מספר תיק ניכויים رقم ملف الخصومات	טלפון קווי رقم الهاتف
רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد	מס' בית رقم المنزل	יישוב البلدة
מיקוד رقم المنطقة	טלפון פקס رقم الفاكس	

III פרטי השכר

تفاصيل الأجر

יש לפרט בטבלה שלהלן את פרטי השכר בחודש הפגיעה ובשלושת החודשים שקדמו לפגיעה.
 يجب تسجيل تفاصيل الأجر خلال شهر الإصابة والأشهر الثلاثة التي سبقت الإصابة في القائمة التالية.

בפרטי השכר יש לכלול את כל רכיבי השכר. את התוספות החד-פעמיות או המענקים ששולמו יש לפרט בטור נפרד.
 يجب أن تشمل جميع مكونات الأجر في تفاصيل الأجر. فصل الإضافات الاستثنائية أو المنح التي دفعت في عمود منفصل.

חודש الشهر	מס' הימים עבודתו שולם השכר عدد الأيام التي دفع عنها الأجر	סכום ברוטו לחודש זה المبلغ الكلي للشهر (قبل خصم الضريبة)	תוספת חד פעמית או מענק שנכללו בשכר ברוטו إضافة استثنائية أو منحة قد شملت في الأجر الكلي

מס' ימי עבודה בשבוע במפעל
عدد أيام العمل الأسبوعية في المصنع

המנוח היה עובד חודשי יומי חלקי
 كان المتوفى يعمل شهري يومي جزئي

שם התשלום
اسم الدفعة

לתקופה
عن الفترة

סכום
المبلغ

שנה
سنة

חודש
شهر

יום
يوم

תאריך התחלת העסקת המנוח במפעל/מקום העבודה
 تاريخ بداية عمل المتوفى في المصنع/مكان العمل

האם המנוח נעדר מהעבודה בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה?
 هل تغيب المتوفى عن العمل في الأشهر الثلاثة التي سبقت الإصابة?

לא כן. בתאריכים: _____
 كلا نعم. في التواريخ: _____

מהסיבה: _____
 السبب: _____

פרטים על תאונה מחוץ לעסק או למפעל
تفاصيل عن حادث خارج مكان العمل أو المصنع

התאונה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה

حصل الحادث خارج المصنع – خلال العمل

מקום הפגיעה: _____

מקום האصابة: _____

המקום בו היה על הנפגע לעבוד או בו עבד הנפגע ביום התאונה: _____

المكان الذي كان على العامل أن يعمل فيه أو عمل فيه في يوم الإصابة: _____

האם המנוח הועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? לא כן
 هل عمل المتوفي خارج المصنع بشكل ثابت? كلا نعم

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? לא כן
 هل تواجد عمال آخرون أثناء الإصابة? كلا نعم

תאונה בדרך לעבודה

حادث في الطريق الى العمل

באיזו שעה היה על המנוח להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____

متى كان يجب على المتوفي أن يبدأ العمل? _____ أي وردية? _____

האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש? לא כן
 هل السيارة المشتركة في الحادث هي بملكية صاحب العمل أو باستخدامه? كلا نعم

תאונה בדרך הביתה

حادث في الطريق الى البيت

באיזו שעה סיים המנוח את העבודה? _____

האם סיים בשעה הקבועה? כן לא
 هل أنهى في الساعة المحددة? نعم كلا

متى أنهى المتوفي عمله? _____

הסיבה ליציאה המוקדמת: _____

سبب الخروج مبكراً: _____

האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש? לא כן
 هل السيارة المشتركة في الحادث هي بملكية صاحب العمل أو باستخدامه? كلا نعم

האם המקרה נחקר ע"י הפיקוח על העבודה שבמשרד התמ"ת?
 هل حُقق في الحادث من قبل قسم الإشراف على العمل في وزارة التجارة والصناعة?

כן, נא לצרף העתק מהדו"ח
 نعم، الرجاء ارفاق نسخة من التقرير

הצהרת המעביד
تصريح المشغل

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)

نحن الموقعون أدناه نصرّح بأن التفاصيل التي سجلناها في نموذج الطلب صحيحة وفقاً لمعلوماتنا، ما عدا:

(الرجاء فصل التحفظات، إن وجدت، بالنسبة للإصابة)

כּן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה
 نحن نصرّح بأن صاحب الإصابة كان يعمل في المصنع/مكان العمل أثناء الإصابة في العمل.

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת

תאריך _____ וזיפה המועד _____ אסמ המועד _____ התועד והחתם