



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
דמי תאונה
מוססה التأمين الوطني
مديرية المخصصات
رسوم حادث (إصابة شخصية)

בל / 92201

תביעה לתשלום דמי תאונה طلب مخصصات حادث (إصابة شخصية) טופס זה אינו משמש למקרה של תביעה בגין פגיעה בעבודה) (هذا الطلب لا يستخدم في حالة طلب مخصصات إصابة العمل)


הטופס מיועד למילוי ע"י תושב ישראל בן 18 ומעלה ועד גיל הפרישה, אשר נפגע בתאונה בבית, בחופשה או בשעות הפנאי ובגללה איבד את כושר תפקודו.
هذا الطلب مخصص للتعبئة من قبل مواطن دولة إسرائيل البالغ من العمر 18 عاما وما فوق حتى سن التقاعد والذي أصيب في حادث في المنزل، في عطلة أو في وقت الفراغ وقد من قدرته الوظيفية نتيجة هذه الإصابة.

חובה לצרף לטופס זה عليك إرفاق ما يلي

- תעודה רפואית ראשונית לנפגע בתאונה (מקור בלבד), ראה נספח א' לטופס, חתומה ע"י רופא.
شهادة طبية أولى لمصاب في حادث (الأصلية فقط) موقعة من الطبيب، أنظر البند أ' في النموذج.
- מסמכים רפואיים נוספים בקשר לתאונה ולטיפול הרפואי, כגון: דוח מד"א, דוח חדר מיון, סיכום מחלה מבית חולים או כל מסמך אחר המעיד על הנזק הרפואי שנגרם לך כתוצאה מהתאונה.
تقارير طبية إضافية بخصوص الحادث والعلاج الطبي، مثلا: تقرير نجمة داود الحمراء، تقرير غرفة الطوارئ، تلخيص المرض من المستشفى أو أي مستند آخر يشير إلى الضرر الطبي الذي حصل بسبب الحادث.
- אם אתה שכיר: אישור על מספר ימי המחלה שעמדו לזכותך ביום התאונה ממעבידך, או מקרן ימי מחלה, ממבטחים או מקופות אחרות.
إذا كنت أجيروا: تصديق من صاحب العمل عن عدد الأيام المتبقية من الإجازات المرضية حتى تاريخ الحادث، أو من صندوق الأيام المرضية، مفتاحيم أو أي صندوق آخر.

כיצד יש להגיש את התביעה كيفية تقديم الطلب

- עליך לצרף אישורים נוספים לפי הנדרש בטופס התביעה, ולחתום בכל מקום המיועד לכך (כולל בנספח א' - ויתור על סודיות רפואית).
عليك إرفاق اثباتات إضافية حسب المطلوب في النموذج والتوقيع في كل مكان معد لذلك (يشمل الملحق أ' – التنازل عن السرية الطبية).
- בתביעה של עובד שכיר, יש לוודא, כי המעביד ימלא את החלק המיועד לו ויחתום עליו.
في طلب موظف أجير، يجب التأكد من أن يعيئ صاحب العمل القسم المخصص له والتوقيع عليه.
- יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
يجب تعبئة نموذج الطلب وفقاً للتعليمات المسجلة فيه ورافق الإثباتات الإضافية كما هو مطلوب في نموذج الطلب.

את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן: 
 تستطيع تقديم الطلب مع الاثباتات اللازمة في احدى الطرق التالية:

- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 تعبئة الطلب في موقع التأمين الوطني www.btl.gov.il وارساله عبر الانترنت مع المستندات الإضافية لفرع التأمين الوطني التابع لمكان سكنك.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 تعبئة الطلب خطياً ونسخه ضوئياً مع المستندات الإضافية ومن ثم ارساله بواسطة موقع الانترنت/ارسال مستندات.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
 ارساله 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.
 للأسئلة والاستفسار عليك التوجه لهاتف رقم *6050 أو 04-8812345، أو الاستعانة بموقع الانترنت www.btl.gov.il.
- חובה להגיש את התביעה בתוך 90 ימים מתאריך התאונה. המוסד יהיה רשאי לדחות תביעה שהוגשה באיחור. 
 يجب تقديم الطلب خلال 90 يوماً من تاريخ الحادث. يحق للمؤسسة رفض الطلب الذي قدم في وقت متأخر.

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 لكنها موجهة للنساء والرجال على حدّ سواء



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
דמי תאונה
مؤسسة التأمين الوطني
مديرية المخصصات
رسوم حادث (إصابة شخصية)

תביעה לתשלום דמי תאונה
طلب لدفع مخصصات حادث

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> מס' זהות / דרכון _____ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> פיצול _____ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> סוג המסמך _____ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> דפים _____ </div> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
--	---------------------------	------------

פרטי הנפגע

1

תفاصيل المصاب

שם משפחה اسم العائلة _____	שם פרטי الاسم الشخصي _____	מספר זהות رقم الهوية ס"ב _____
תאריך לידה تاريخ الميلاد _____	מין الجنس <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה ذكر أنثى	בן זוג الزوج <input type="checkbox"/> עובד <input type="checkbox"/> לא עובד يعمل لا يعمل
מצב משפחתי الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור أعزب/عزباء أرملة منفصلة متزوجة مطلقة معروفة لدى الجمهور	מעמדך ביום התאונה: <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> עקרת בית <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> אחר: أجير مستقل ربة بيت عضو كيبوتس آخر:	מצב משפחתי الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור أعزب/عزباء أرملة منفصلة متزوجة مطلقة معروفة لدى الجمهور

כתובת ופרטי התקשורת

العنوان وتفاصيل التواصل

טלפון קווי رقم الهاتف _____	טלפון נייד الهاتف الخليوي _____	דואר אלקטרוני البريد الإلكتروني _____@_____
-----------------------------------	---------------------------------------	---

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:
 إذا لم يكن الهاتف او البريد الإلكتروني لك – الرجاء تكملة التفاصيل التالية للشخص الذي سيتم التواصل معه:

שם משפחה איש קשר اسم العائلة	שם פרטי איש קשר الاسم الشخصي	מס' זהות איש קשר رقم الهوية
_____	_____	_____

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.
 לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.
 أرفض استلام الرسائل التي تتضمن معلومات شخصية في القنوات الرقمية (رسائل نصية (SMS)، بريد إلكتروني)، بدلاً من البريد العادي.
 لعلمك، إذا لم تشر "أنا أرفض"، فسيتم إرسال إشعارات بشأن مسائل التأمين الوطني عبر القنوات الرقمية، وفقاً للمعلومات التي قدمتها.

כתובת
العنوان

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

פרטי מקום העבודה

2

تفاصيل مكان العمل

שכיר

أجير

שם מעסיק/ מפעל/ מקום עבודה
اسم مكان العمل/المصنع

תפקיד התובע במקום העבודה
وظيفة مقدم الطلب في مكان العمل

רחוב / תא דואר
شارع / صندوق بريد

מס' בית
رقم المنزل

כניסה
المدخل

דירה
الشقة

יישוב
البلدة

מיקוד
رقم المنطقة

טלפון קווי
رقم الهاتف

טלפון נייד
الهاتف الخليوي

דואר אלקטרוני
البريد الإلكتروني

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעביד:
هل يوجد قرابة عائلية بينك وبين صاحب العمل:

לא

כן, פרט:

עצמאי

مستقل

שם העסק
اسم المصلحة

סוג העיסוק
نوع العمل

רחוב / תא דואר
شارع / صندوق بريد

מס' בית
رقم المنزل

כניסה
المدخل

דירה
الشقة

יישוב
البلدة

מיקוד
رقم المنطقة

טלפון קווי
رقم الهاتف


טלפון נייד
الهاتف الخليوي

דואר אלקטרוני
البريد الإلكتروني

פרטי התאונה

3

תفاصيل الحادث

שעת הפסקת עבודה ساعة التوقف عن العمل	תאריך הפסקת עבודה تاريخ التوقف عن العمل	שעת התאונה ساعة حصول الحادث	היום בשבוע اليوم في الاسبوع	תאריך התאונה تاريخ الحادث
				 <p>שנה سنة</p> <p>חודש شهر</p> <p>יום يوم</p>
<p>תיאור הפגיעה: במה עסקת בעת התאונה? وصف الإصابة: ماذا كنت تفعل عند وقوع الحادث?</p> <p>כיצד נגרמה התאונה? كيف حصل الحادث?</p>				
<p>מקום התאונה: <input type="checkbox"/> בישראל <input type="checkbox"/> בחו"ל, פרט _____ מקום الحادث: في اسرائيل خارج البلاد, فصل _____</p>				
<p>שמות העדים לתאונה: <input type="checkbox"/> לא נכחו עדים <input type="checkbox"/> כן נכחו עדים: _____ اسماء الشهود على الحادث: لم يتواجد شهود نعم تواجدوا شهود:</p>				
<p>שם الاسم</p>		<p>כתובת العنوان</p>		<p><input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר زميل في العمل معرفة آخر</p>
<p>שם الاسم</p>		<p>כתובת العنوان</p>		<p><input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר زميل في العمل معرفة آخر</p>
<p>האם מדובר בתאונות דרכים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן, נא למלא חלק 5 בעמוד הבא. هل القصد بحادث سير? كلا نعم, اذا كان نعم, الرجاء تعبئة القسم 5 في الصفحة التالية.</p>				

טיפול רפואי

4

العلاج الطبي

מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/ שירות רפואי) من قام بعلاج الاصابة أولاً؟ (اسم الطبيب / الخدمة الطبية)	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך) وصف الاصابة (مثلا: كسر, جرح, قطع)	האיבר שנפגע العضو المصاب
שם בית החולים והמחלקה (*) اسم المستشفى والقسم	תקופת אשפוז فترة المكوث في المستشفى	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה تاريخ وساعة تلقي العلاج الأولي
		 <p>שנה سنة</p> <p>חודש شهر</p> <p>יום يوم</p> <p>שעה الساعة</p>
<p>*נא לצרף סיכום מחלה يجب ارفاق مجمل المرض</p>		
<p>האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? هل عانيت في الماضي من مرض أو آلام متعلقة أو مشابهة لحالتك اليوم? אם כן, פרט: _____ אذا كان نعم, فصل:</p>		
שם המרפאה שבה אתה מקבל טיפול רפואי בדרך כלל اسم العيادة التي تتعالج فيها بشكل عام	שם רופא המשפחה اسم طبيب العائلة	קופת חולים שאתה חבר בה صندوق المرضى المؤمن به

פרטים משלימים

5

تفاصيل إضافية

<p>מספר התיק שנפתח במשטרה (*) رقم الملف الذي فتحته في الشرطة</p>	<p>לתחנת משטרה ב- لمركز الشرطة في-</p>	<p>האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? هل تم تقديم بلاغ للشرطة؟</p> <p> <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: כלא نعم, فصل: </p>
<p>*נא לצרף אישור الرجاء ارفاق اثبات</p>		
<p>שם חברת הביטוח اسم شركة التأمين</p>	<p>האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? هل قدمت دعوى لشركة التأمين؟</p> <p> <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: כלא نعم, فصل: </p>	
<p>האם הגשת או אתה עומד להגיש תביעה לנזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לתאונה? هل قدمت أو ستقدم دعوى عن الأضرار أو تعويضات من طرف ثالث بالنسبة للحدث؟</p> <p> <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: כלא نعم, فصل: </p>		
<p>שם עורך הדין שלך اسم المحامي الذي يترافع عنك</p>	<p>נגד ضد</p>	
<p>מס' הטלפון של עורך הדין رقم هاتف المحامي</p> <p>_____</p>	<p>כתובת עורך הדין عنوان المحامي</p>	
<p>לאיזו מטרה لأي هدف</p>	<p>לאן الى أين</p>	<p>האם יצאת את גבולות המדינה בתקופת אי הכושר? هل غادرت البلاد في الفترة التي لم تكن فيها قادرا على العمل؟</p> <p> <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ כלא نعم, فصل: </p>

פירוט העיסוקים

תفاصيل العمل

לפני התאונה

قبل الحادث

לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה:

لم أعمل بتاتا، اشرح السبب:

*נא לצרף אישורים מתאימים

الرجاء ارفاق تصديقات مناسبة

עבדתי בחודשים: _____, _____, _____

عملت في الأشهر:

*נא לפרט את החודשים ולצרף אישורים או תלושי שכר לחודשים הנ"ל

الرجاء تفصيل الأشهر ورفاق تصديقات أو قسائم الراتب عن الأشهر المذكورة

אחרי התאונה

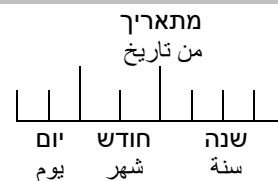
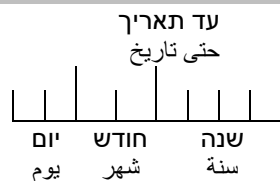
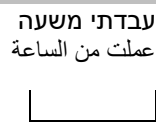
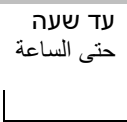
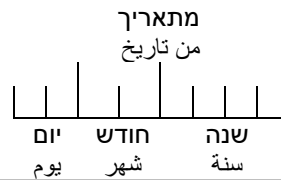
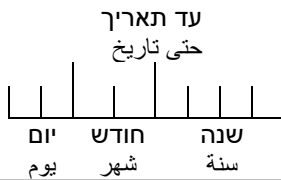
بعد الحادث

טרם חזרתי לעבודה כתוצאה מהתאונה

لم أعد الى العمل بسبب الحادث

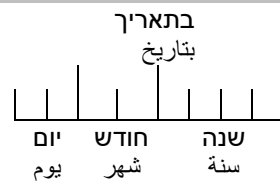
לא עבדתי כלל כתוצאה מהתאונה

لم أعمل بتاتا بسبب الحادث



חזרתי לעבודה חלקית

عدت الى العمل بشكل جزئي



חזרתי לעבודה מלאה

عدت الى العمل بدوام كامل

פרטי חשבון הבנק של התובע
تفاصيل 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 استحقها عن هذا الطلب لحسابي الخاص المسجلة تفصيله 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 בחשבון 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 בחשבון הבנק 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, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

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 פרטיהם של 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.

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.

أوافق بأن تتوجه المؤسسة للبنك المذكور أعلاه، بواسطة الاتصالات المحوسبة، لغرض التحقق من ملكيتي لحساب البنك أعلاه وتزويدها
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 على أرفاقها حسب الطلب.

חתימת/חתימות השותפים לחשבון
توقيع الشركاء في الحساب

חתימת מקבל התשלום
توقيع مقدم الطلب

תאריך
تاريخ

הצהרה
תסריח

אני החתום מטה תובע גמלה לתשלום דמי תאונה, מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה 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.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליו להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

אנא המועד אדנא أتقدم بطلب مخصصات حادث, أصرح بهذا, أن جميع التفاصيل التي قدمت 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 المخصصات وفق هذا القانون, أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية, سيعاقب بدفع غرامة أو بالسجن. أعلم أن أي تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملاحقه قد يؤثر على استحقاقى للمخصصات أو على تراكم دين, لهذا ألتزم بالتبليغ عن أي تغيير خلال 30 يوم.

أعلم أنه إذا طرأت تغييرات على بيانات الاتصال, يجب علي إبلاغ مؤسسة التأمين الوطني. في حالة عدم تحديث تفاصيل الاتصال, سيتم إرسال المعلومات عبر القنوات التي أشرت إليها في هذا النموذج.

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקך, לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסתך משכר ומפנסיה מוקדמת. אם אתה מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה:

אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים ולמשלמי הפנסיה המוקדמת שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי.

ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי. לעמך, لغرض معالجة الطلب سوف نتوجه إلى صاحب عملك حسب الحاجة, للحصول على بيانات دخلك من راتب ومعاش تقاعد مبكر, إذا كنت تعترض على ذلك, عليك الإشارة إلى التصريح التالي:

أرفض السماح للتأمين الوطني بالتوجه إلى أصحاب العمل ودفعي معاش التقاعد المبكر الخاص بي للحصول على تقرير رقمي (محواسب) لمدخلاتي.

أعلم أنه بسبب رفضي, سيتعين علي تقديم اثباتات وقسائم راتب لغرض فحص استحقاقى.

חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה *

תوقيع مقدم الطلب / متلقي المخصصات

תאריך

تاريخ

**למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר
للتعبئة لدى صاحب العمل اذا كان العامل أجير**

I פרטים על המעסיק

تفاصيل صاحب العمل

שם המעסיק اسم المشغل	מספר תיק ניכויים رقم ملف المشغل	מס' טלפון رقم الهاتف																				
		<table border="1"> <tr> <td>^</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	^																			
^																						

II פרטים על השכר

تفاصيل الأجر

בפרטי השכר יש לכלול את כל רכיבי השכר.
يجب أن تشمل جميع مركبات الأجر بتفاصيل الأجر.

את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו יש לפרט גם בטור נפרד.
يجب تفصيل الإضافات لمرة واحدة, الفروقات أو المنح التي دفعت في عامود منفصل أيضا.

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה الشهر, يشمل شهر التوقف عن العمل	מס' ימי עבורם שולם השכר عدد الأيام التي دفع عنها الأجر	מס' ימי העבודה בשבוע عدد أيام العمل أسبوعيا	העובד הוא العامل هو		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח الأجر الغير صافي الملزم برسوم التأمين لهذا الشهر - بالشواقل	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו إضافة لمرة واحدة, منحة أو فروقات شملت في الأجر الغير الصافي		
			יומי	חודשי		שם התשלום اسم الدفعة	לתקופה لفترة	סכום المبلغ
חודש شهر			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
חודש شهر			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
חודש شهر			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
חודש شهر			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

תאריך ההתחלה של העסקת העובד: _____ **מעמד העובד:** קבוע ארעי
تاريخ بداية توظيف العامل: _____ **مكانة العامل:** ثابت مؤقت

העובד נעדר מהעבודה בחודשים הנ"ל, בתקופות _____ מהסיבה _____
تغيب العامل عن العمل في هذه الأشهر المذكورة أعلاه, في الفترات _____ بسبب _____

העובד ממשיך להימנות עם עובדי המפעל כן לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך _____
ما زال العامل معدودا كأحد عمال المصنع نعم كلا, توقف العامل عن العمل في المصنع بتاريخ _____

העובד שב לעבודה, לאחר התאונה, ביום _____
عاد العامل الى العمل, بعد الحادث, بتاريخ _____

העובד לא שב עדיין לעבודה.
لم يعد العامل الى العمل بعد.

III

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעביד או מקרן דמי מחלה

تفاصيل عن دفع بدل أيام مرضية من قبل صاحب العمل أو من صندوق بدل الأيام المرضية

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה מהמעביד - נכון ליום התאונה?
هل يستحق العامل تلقي مخصصات أيام مرضية من قبل صاحب العمل - حتى يوم الحادث?

כן, יש לציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום התאונה: _____ ימים.
נعم, يجب تسجيل عدد الأيام التي استحقها العامل حتى يوم الحادث: _____ أيام.

האם שילמת לעובד בעבור תקופת היעדרות בגין התאונה הנ"ל? אם כן, יש לציין לאיזו תקופה:
هل دفعت للعامل مقابل فترة الغياب نتيجة هذا الحادث؟ إذا كان الجواب نعم, سجل الفترة:

מיום _____ עד יום _____, סה"כ _____ ימים.
من تاريخ _____ حتى تاريخ _____, المجموع _____ أيام.

לא,
העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו
استغل العامل جميع الأيام المرضية التي يستحقها

לא נצברו ימי מחלה
لم تدخر أيام مرضية

העובד זכאי לתשלום דמי מחלה מהקרן לדמי מחלה
يستحق العامل تلقي أيام مرضية من صندوق بدل الأيام المرضية

שם הקרן
اسم الصندوق

אחר
آخر

IV

הצהרת המעביד

تصريح صاحب العمل

הצהרה: אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שמסר העובד ושמסרנו אנו בטופס התביעה נכונים לפי מיטב ידיעתנו, להוציא: (נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בדבר התאונה).
تصريح: نحن الموقعون أدناه نؤكد أن التفاصيل التي قدمها العامل وقدمناها نحن في نموذج الطلب صحيحة وفق معلوماتنا, ما عدا: (الرجاء تفصيل التحفظات بالنسبة للحادث - إن وجدت).

כן אנו מאשרים, כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן התאונה.
نعم, نحن نصرّح بأن مقدم الطلب كان عاملاً في المصنع/المكان عند وقوع الحادث.

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת *
تاريخ _____ وظيفة الموقع _____ اسم الموقع _____ التوقيع والختم



המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הגמלאות
 דמי תאונה
 مؤسسة التأمين الوطني
 مديرية المخصصات
 رسوم حادث (إصابة شخصية)

קופת חולים _____
 מחוז _____ סניף _____

נספח א'

ملحق أ

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בתאונה
شهادة طبية أولى للمصاب في حادث

פרטי הנפגע

I

تفاصيل المصاب

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية	תאריך לידה تاريخ الميلاد	מין الجنس
_____ _____		_____ _____	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה ذكر أنثى

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)
العنوان (المسجل في وزارة الداخلية)

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

תאריך תאונה تاريخ الاصابة	מקום התאונה مكان الحادث	שעת התאונה ساعة الحادث
_____ _____ _____	_____	_____

הגיע לטיפולנו בעקבות התאונה בתאריך وصل الينا للعلاج بسبب الحادث بتاريخ	בשעה في الساعة	מעמד ביום התאונה: التعريف في يوم الحادث
_____ _____ _____	_____	<input type="checkbox"/> עובד שכיר <input type="checkbox"/> עובד עצמאי <input type="checkbox"/> עקרת בית <input type="checkbox"/> אחר, פרט: آخر, فصل: _____

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה 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
_____	_____	_____	_____	_____	_____

למילוי ע"י הרופא

II

לلتعبئة على يد الطبيب

מקצוע / משלח יד _____
المهنة / الحرفة

תיאור התאונה לפי דברי הנפגע _____
وصف الحادث حسب أقوال المصاب

פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול _____
تفاصيل العلاج الذي قدم له قبل وصوله الينا وأين تم تلقي العلاج

הממצא הקליני _____
الوضع الصحي

צילומי רנטגן נעשו במקום _____ ביום _____ הממצא _____
صورات صور الأشعة في معهد _____ بتاريخ _____ النتيجة

האבחנה _____
الكشف الطبي

הטיפול שנתנו לנפגע _____
العلاج الذي قدم للمصاب

הערות ופרטים נוספים _____
ملاحظات وتفاصيل أخرى

עובד שכיר ועובד עצמאי
عامل أجير وعامل مستقل

לדעתי אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת במשך _____ ימים;
حسب اعتقادي انه لا يستطيع الاستمرار في عمله ولا بأي عمل مناسب آخر لمدة
היינו מיום _____ עד יום _____ בכלל כתוצאה מהתאונה.
ابتداء من تاريخ _____ حتى تاريخ _____ يشمل, نتيجة الحادث.

עקרת בית
ربة بيت

כתוצאה מהתאונה אינה מסוגלת לעבודות משק הבית במשך _____ ימים; היינו מיום _____ עד יום _____ בכלל.
لا تستطيع القيام بالأعمال المنزلية نتيجة الحادث لفترة
איתם; היינו מיום _____ עד יום _____ בכלל.
يشمل.

אינו עובד ואינו עובד עצמאי
لا يعمل وليس مستقلا

כתוצאה מהתאונה עליו להיות מאושפז או מרותק לביתו במשך _____ ימים; היינו מיום _____ עד יום _____ בכלל.
عليه المكوث في المستشفى أو في بيته لمدة
איתם; היינו מיום _____ עד יום _____ בכלל.
يشمل.

חתימת הרופא / השירות הרפואי המוסמך
توقيع الطبيب / الخدمة الطبية المخولة

שם הרופא החותם
اسم الطبيب الموقع

תאריך מתן התעודה
تاريخ اصدار الشهادة

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
דמי תאונה
مؤسسة التأمين الوطني
مديرية المخصصات
رسوم حادث (إصابة شخصية)

כתב ויתור סודיות רפואית
שם הגמלה: דמי תאונה

تصريح بالتنازل عن السرية الطبية
اسم المخصصات: رسوم حادث

פרטים אישיים

1

التفاصيل الشخصية

<p>קוד גמלה رمز المخصصات</p> <p>50</p>	<p>מספר זהות/דרכון رقم الهوية / جواز السفر</p> <p>_____</p>	<p>תאריך תאונה تاريخ الحادث</p> <table border="1"> <tr> <td>שנה سنة</td> <td>חודש شهر</td> <td>יום يوم</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה سنة	חודש شهر	יום يوم			
שנה سنة	חודש شهر	יום يوم						
<p>שם משפחה اسم العائلة</p> <p>_____</p>	<p>שם פרטי الاسم الشخصي</p> <p>_____</p>							

חבר בקופת חולים
عضو في صندوق المرضى

כללית מאוחדת מכבי לאומית אחר
 كلاليت متوحيديت مكابي لتوميت آخر

הצהרה

2

تصريح

אני הח"מ, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

אנא המועד אדנא, המזכורה תפאסילי אעلاه פי هذا الطلب, أنتنازل عن السرية الطبية وأطلب بهذا تزويد مؤسسة التأمين الوطني أو من يمثلها, بكل المعلومات عن مرضي, حالتي الصحية, العلاج الذي ألقاه, نتائجه, أي ترتيب حول إطار خارج المنزل, أي معلومة كانت, كل مستند طبي أو تأهيلي أو نفسي عني شخصياً.

תאריך _____ חתימת המבוטח * _____
تاريخ _____ توقيع مقدم الطلب