



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה طلب لدفع مخصصات إصابة وتبليغ عن إصابة عمل

חובה לצרף לטופס זה عليك إرفاق ما يلي لهذه الاستمارة

- 📎 תעודה רפואית ראשונה הנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על הנזק הרפואי שנגרם לך כתוצאה מהפגיעה.
شهادة طبية أولى للمصاب في العمل أو تقرير غرفة الطوارئ/تقرير إجمالي للوضع الصحي من المستشفى وأي وثيقة أخرى تثبت الضرر الصحي الذي سببها الإصابة.
- 📎 עצמאי – אם פגיעתך אירעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, יש לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה).
مستقل – إذا وقعت الإصابة خلال العمل خارج المصلحة التجارية، عليك إرفاق تصديق من الجهة التي نفذت لصالحتها العمل (فواتير عن تنفيذ العمل، طلبية العمل، شهادة تسليم وما شابه).
- 📎 עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זיהוי והיתר העסקה משירות התעסוקה.
عامل أجنبي – يجب إرفاق صورة عن جواز السفر؛ سكان الضفة يجب إرفاق صورة عن بطاقة الهوية وتصريح عمل من خدمة العمل.
- 📎 מתנדב – יש לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
متطوع – يجب إرفاق استمارة أحالة للمتطوع من الجهة المخولة أو شهادة متطوع أو بطاقة متطوع.
- 📎 בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק תעודת ביטוח חובה.
في حوادث الطرق يجب إرفاق تصديق الشرطة، نسخة من ابلاغ شركة التأمين ونسخة عن بوليصة التأمين الإلزامي.
- 📎 במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופוסות.
في حال تم تقديم الطلب من قبل وصي – يجب إرفاق أمر الوصاية.
- 📎 **אם אתה מיוצג ע"י עורך דין**, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח **באמצעות מערכת מייציגים בגמלאות** באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או **אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס**, יש לצרף טופס בל/73: "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 استمارة بل/73: "وكالة وتنازل عن سرية لممثل في مسائل المخصصات".
- 📎 קורונה – יש לצרף הפניה לבדיקה ותוצאות בדיקת קורונה ראשונה, אישור מהמעסיק על סבירות גבוהה להדבקה במקום העבודה ופרטי ממונה הקורונה במקום העבודה.
קורונה – يجب إرفاق الإحالة إلى الفحص ونتائج فحص كورونا الأول، وتصديق صاحب العمل باحتمالية عالية للإصابة في مكان العمل وتفصيل مفوض الكورونا في مكان العمل.

לידיעתך
לעמך

- עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- يجب عليك تقديم الطلب في غضون 12 شهرًا من تاريخ الإصابة. بموجب القانون، لن يتم دفع مخصصات مقابل مدة تزيد عن 12 شهرًا بأثر رجعي من تاريخ تقديمه.
- תביעה שלא נחתמה ע"י התובע (בסעיפים 11 במקום המסומן ב-X), תוחזר בדואר ותיחשב כאילו לא הוגשה. سيتم إعادة طلب الذي لم يوقع من قبل مقدم الطلب (في بنود 11 في المكان المحدد بعلامة X) بالبريد وسيتم اعتباره كأنه لم يقدم.
- בתביעה של עובד שכיר על המעסיק למלא את סעיפים 1-5 בעמודים 11-14 ולחתום במקומות המסומנים ב-X. في طلب عامل أجير، يجب على صاحب العمل ملء بنود 1-5 في صفحات 11-14 والتوقيع في الأماكن المشار إليها بعلامة X.
- משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום ממועד קבלתה ועד לקבלת החלטה (למעט מחלות מקצוע). לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il يستغرق علاج الطلب منذ استلامه وحتى اتخاذ القرار ما يقارب الـ 60 يومًا (ما عدا الأمراض المهنية). من أجل راحتك، تستطيع الاطلاع على مراحل علاج الطلب في موقع الانترنت الشخصي على عنوان www.btl.gov.il.
- אם נותרת בלתי מסוגל לעבוד, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200. إذا كنت لا تزال غير قادر على العمل، أو إذا عدت إلى العمل، ولكن بقيت لديك إعاقة – يجب عليك تقديم طلب لتحديد درجة الإعاقة من العمل باستخدام استمارة بל/200.

כיצד יש להגיש את התביעה
كيفية تقديم الطلب

- יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו ולצרף את המסמכים הנדרשים. يجب تعبئة استمارة الطلب حسب التعليمات المدرجة بها وإرفاق المستندات المطلوبة.
- את טופס התביעה בצירוף המסמכים הנלווים 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 وإرساله 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 خطيًا ومسحه ضوئيًا مع المستندات الإضافية ومن ثم إرساله بواسطة موقع الانترنت/إرسال مستندات.
- לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- إرساله بواسطة البريد، فاكس أو صندوق الخدمة المتواجد في الفرع الموجود في مكان سكنك.
- לשאלות ולברורים ניתן להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il
- لأسئلة والاستفسار يمكن التوجه لهاتف رقم *6050 أو 04-8812345، أو عبر موقع الانترنت www.btl.gov.il.

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



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה
مؤسسة التأمين الوطني
ادارة المخصصات
إصابة العمل

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים	0 1

תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

طلب لدفع مخصصات إصابة وتبلغ
عن إصابة العمل

תאונה בעבודה מחלת מקצוע שכיר עצמאי מתנדב הכשרה מקצועית חבר קיבוץ או מושב שיתופי
 إصابة عمل مرض مهني أجير مستقل متطوع تأهيل مهني عضو في كيبوتس أو قرية تعاونية

פרטי התובע

1

تفاصيل مقدم الطلب

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות/דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) رقم الهوية/جواز السفر (ارفاق صورة عن جواز السفر لعامل أجنبي إلزامي) ס"ב الرقم الاضافي
טלפון קווי رقم الهاتف	טלפון נייד الهاتف الخليوي	דואר אלקטרוני البريد الالكتروني

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:
 إذا لم يكن الهاتف او البريد الإلكتروني لك – الرجاء تكملة التفاصيل التالية:

שם משפחה של איש קשר اسم عائلة جهة الاتصال	שם פרטי של איש קשר الاسم الشخصي لجهة الاتصال	מס' זהות של איש קשר رقم هوية جهة الاتصال
--	---	---

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.
 أرفض استلام الرسائل التي تشمل معلومات شخصية عبر القنوات الرقمية (رسائل نصية (SMS)، البريد الالكتروني) بدلا من البريد العادي.
 لعلمك، إذا لم تُشير "أنا أرفض"، سيتم إرسال رسائل التأمين الوطني عبر القنوات الرقمية وفقا للمعلومات التي قدمتها.

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 رمز بريدي
---------------------------------	-----------------------	-----------------	---------------	-----------------	--------------------

2

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א'

تفاصيل مكان العمل – اذا كنت تعمل لدى قوات الأمن، الرجاء تعبئة البند 2أ

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית
أجير/متطوع/تأهيل مهني

שם מעסיק/מפעל اسم صاحب 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 رمز بريدي
טלפון קווי رقم الهاتف	טלפון נייד الهاتف الخليوي	דואר אלקטרוני البريد الالكتروني			
<p>האם אתה אחד מבעלי החברה/בעל שליטה בחברה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ هل انت أحد أصحاب الشركة/صاحب سيطرة في الشركة: لا نعم، فصّل: _____</p> <p>האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ هل توجد صلة قرابة بينك وبين صاحب العمل؟ لا نعم، فصّل: _____</p> <p>עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת / היית אמורה לבצע) مستقل (إذا وقعت الإصابة في مكان خارج المصلحة التجارية، عليك إرفاق إثبات للعمل الذي نفذته / طلب منك تنفيذه)</p>					
שם העסק اسم صاحب العمل		סוג העיסוק نوع العمل			
רחוב/תא דואר شارع/صندوق بريد	מס' בית رقم المنزل	כניסה المدخل	דירה الشقة	יישוב البلدة	מיקוד رمز بريدي
טלפון קווי رقم الهاتف	טלפון נייד الهاتف الخليوي	דואר אלקטרוני البريد الالكتروني			

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

تفاصيل مكان العمل – قوات الأمن

2א'

מקום השירות
مكان الخدمة

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> צה"ל
جيش الدفاع الاسرائيلي | <input type="checkbox"/> משמר הכנסת
حرس الكنيست | <input type="checkbox"/> שב"ס
مصلحة السجون |
| <input type="checkbox"/> משמר אזרחי
الحرس المدني | <input type="checkbox"/> משטרה
الشرطة | <input type="checkbox"/> אחר
آخر |

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?
هل قدمت طلب لقسم إعادة التأهيل في وزارة الدفاع فيما يتعلق بالإصابة المذكورة؟

- כן
نعم
- לא
لا

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.
إذا قدمت طلب وتم رفضه، الرجاء ارفاق نسخة عن كتاب الرفض.

פרטי הפגיעה
تفاصيل الإصابة

3

שעת הפסקת עבודה ساعة التوقف عن العمل	תאריך הפסקת עבודה تاريخ التوقف عن العمل	שעת הפגיעה ساعة الإصابة	היום בשבוע اليوم في الأسبوع	תאריך הפגיעה تاريخ الإصابة
				 <p>שנה شهر יום سنة</p>

היכן אירעה הפגיעה?

אין وقعت الإصابة؟

במהלך העבודה: במפעל/בעסק
 خلال العمل: في المصنع/في مكان العمل
 בדרך לעבודה בדרך לביתך
 (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) في الطريق الى العمل
 (العنوان الذي وقعت فيه الإصابة)

מחוץ למפעל בתאונה בבניין
 خارج المصنع حادث في مبنى

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר

في حوادث طرق: رجاء، فصل مسار طريقك للعمل أو للبيت أو لجهة أخرى

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), אנה פרט

وصف الإصابة: كيف حدثت الإصابة وماذا كنت تعمل حين وقعت الإصابة (بإمكانك ارفاق صفحة إضافية)، فصل رجاء

האם נכחו עדים בתאונה? לא כן, פרט:

هل كان هنالك شهود على الحادث؟ لا نعم، فصل:

שם الاسم	כתובת العنوان	מספר טלפון رقم الهاتف	<input type="checkbox"/> חבר לעבודה زميل للعمل	<input type="checkbox"/> מכר صديق	<input type="checkbox"/> אחר آخر
שם الاسم	כתובת العنوان	מספר טלפון رقم الهاتف	<input type="checkbox"/> חבר לעבודה زميل للعمل	<input type="checkbox"/> מכר صديق	<input type="checkbox"/> אחר آخر

האם מדובר בתאונת דרכים? לא כן, אם כן, נא למלא חלק 6 בעמוד 7

هل كان حادث طرق؟ لا نعم الرجاء تعبئة قسم 6 في صفحة 7

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

تبلغ صاحب العمل عن الإصابة

שם מקבל ההודעה اسم مُستلم التبليغ	תפקיד الوظيفة	טלפון الهاتف	תאריך מסירת ההודעה تاريخ التبليغ
			 <p>שנה شهر יום سنة</p>

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)
تفاصيل العلاج الطبي (عليك ارفاق اثبات عن التحويل الأول لتلقي علاج طبي)

מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/השירות הרפואי) من قدم العلاج الطبي الأولي? (اسم الطبيب/الخدمة الطبية)	מהות החבלה (לדוגמה: שבר, פצע, חתך) نوع الإصابة (مثلا: كسر، جرح، خدش)	האיבר שנפגע العضو المصاب						
שם בית החולים/מחלקה اسم المستشفى/القسم	תקופת אשפוז فترة المكوث في المستشفى	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה تاريخ وساعة تلقي العلاج الأولي						
		<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td>سنة</td> <td>شهر</td> <td>يوم</td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום	سنة	شهر	يوم
שנה	חודש	יום						
سنة	شهر	يوم						
<p>האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? <input type="checkbox"/> כן, פרט <input type="checkbox"/> לא</p> <p>هل عانيت في الماضي من مرض أو آلام متعلقة أو شبيهة بوضعك اليوم؟ <input type="checkbox"/> نعم، فصل <input type="checkbox"/> لا</p>								

פרטי הרופאים המטפלים
تفاصيل الأطباء المعالجين

שם הרופא اسم الطبيب	תחום המומחיות مجال الاختصاص	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל عنوان العيادة التي تلقيت أو تتلقى العلاج فيها	טלפון המרפאה هاتف العيادة

5

סיוע וייצוג בהגשת התביעה
مساعدة وتمثيل في تقديم الطلب

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? כן לא

هل قدمت طلبك بواسطة هيئة مساعدة؟ نعم لا

הגוף המייצג או המסייע: עו"ד חברת מימוש זכויות יד מכוונת בית חולים עמותה אחר

الهيئة الممثلة أو المساعدة: محام شركة لممارسة الحقوق يد موجهة 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 محام، 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 استمارة بل/73: "وكالة وتنازل عن سرية لممثل في مسائل المخصصات".

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

פרטים על התאונה

6

تفاصيل عن الحادث

סוג התאונה
نوع الحادث

- תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.
حادث طرق. يجب إرفاق تقرير شرطة ونسخة من إبلاغ شركة التأمين.
- נפילה ממקום גבוה נפילה במדרגות או במדרכה פגומה התחשמלות
سقوط عن علو سقوط عن درج أو رصيف تالف صعقة كهربائية
- תקיפה פגיעה מבעל חיים אחר _____
اعتداء ضرر من كائن حي آخر
- תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____
حادث بناء اسم الموقع اسم المقاول المنفذ

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? כן לא
هل رفعت أو تنوي رفع دعوى اضرار أو تعويض عن اضرار ضد طرف ثالث فيما يتعلق بالإصابة؟ نعم لا

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____
دعوى ضد اسم المحامي المعالج

כתובתו _____ מס' טלפון _____
عنوانه رقم الهاتف

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____
رقم فاكس البريد الإلكتروني

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? לא כן, נא לצרף
هل بحوزتك صور من موقع الحادث؟ لا نعم، يرجى إرفاقها

התביעה הוגשה בבית המשפט השלום המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____
تم رفع الدعوى في محكمة الصلح المركزية في مدينة رقم الملف المدني

פירוט העיסוקים

7

תفاصيل العمل

לפני הפגיעה

قبل الإصابة

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, אנא סמן את הסיבה:
إن لم تعمل في الأشهر الثلاثة الأخيرة التي سبقت الإصابة، الرجاء الإشارة الى السبب:

מחלה חופשה אחרת נא לצרף אישורים מתאימים
مرض عطله سبب آخر الرجاء ارفاق الاثباتات اللازمة

עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל
عملت لدى صاحب عمل آخر/إضافي الرجاء ارفاق اثباتات أو كشف الرواتب للأشهر الثلاثة المذكورة أعلاه

לאחר הפגיעה

بعد الإصابة

לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה
لم أعمل بتاتا بسبب الإصابة

עד תאריך
حتى تاريخ

יום	חודש	שנה
يوم	شهر	سنة

מתאריך
من تاريخ

יום	חודש	שנה
يوم	شهر	سنة

שהייתי
בעסק
קנט
في
المصلحة

עד שעה
حتى الساعة

--	--	--	--	--	--

משעה
من الساعة

--	--	--	--	--	--

עד תאריך
حتى تاريخ

יום	חודש	שנה
يوم	شهر	سنة

מתאריך
من تاريخ

יום	חודש	שנה
يوم	شهر	سنة

/

עד שעה
حتى الساعة

--	--	--	--	--	--

משעה
من الساعة

--	--	--	--	--	--

עד תאריך
حتى تاريخ

יום	חודש	שנה
يوم	شهر	سنة

מתאריך
من تاريخ

יום	חודש	שנה
يوم	شهر	سنة

בעבודתי
في عملي

חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ טרם חזרתי לעבודה לא נעדרתי מהעבודה
عدت الى العمل بشكل كامل في تاريخ _____ لم أعد الى العمل بعد لم أتغيب عن العمل

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו
كانت ساعات عملي في مهنتي أو عملي قبل الإصابة

משעה _____ עד שעה _____
من الساعة _____ حتى الساعة _____

עבודה במשמרות
العمل بورديات

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל מניות בחברה בלבד

تصريح للتعبئة فقط من قبل صاحب سيطرة أو قريب عائلة صاحب سيطرة أو مالك أسهم في شركة

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 החודשים האחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

عليك ارفاق اثباتات الدفع عن ال 12 شهرا الأخيرة (إيداعات في البنك، صور عن الشيكات وما شابه)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל)

ماذا كانت وظيفتك في تاريخ الاستحقاق؟ (تفاصيل العمل الذي نفذته)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

أين نفذت عملك فعليا؟ (عليك تسجيل العنوان)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

ما هي نسبة وظيفتك؟ (عليك تسجيل الأيام والساعات)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

أصرح بأن المعطيات أعلاه صحيحة

תאריך שם פרטי ומשפחה חתימה X

تاريخ الاسم الشخصي والعائلة التوقيع X

9

פרטי חשבון הבנק של התובע

تفاصيل حساب بنك مقدم الطلب

אבקש להעביר כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו 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

10

פטור ממס הכנסה – יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה
اعفاء من ضريبة الدخل – يجب ارفاق تصديق استحقاق لإعفاء من ضريبة الدخل في موعد الاصابة

עיוור/נכה 100% פטור חלקי
أعمى/عاجز 100% اعفاء جزئي

הצהרת התובע/מגיש התביעה

תסריח סאב הטלב/מקדמ הטלב

אני החתום מטה מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק 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 שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי היא עליי להמציאם לפי דרישה.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

אנא המוקע אדנא אصرח بهذا أن جميع التفاصيل التي قَدِّمت ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة.

أرفض أن يتوجه التأمين الوطني إلى أصحاب العمل للحصول على تبليغ رقمي (محوسب) عن دخلي.

أعلم أنه بسبب رفضي، سيتعين علي تقديم شهادات وقسائم الراتب بنفسی لغرض فحص استحقاقي.

أعلم أن تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تعتبر مخالفة للقانون، وأن الشخص الذي يسبب، بالعلم أو الاحتيال، المصادقة على دفع مخصصات 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 استحقاقي للمخصصات أو على تراكم دين، لهذا ألتزم بالتبليغ عن أي تغيير خلال 30 يوم.

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 كما صرحت أعلاه وأن البنك المذكور أعلاه و/أو الموظف الذي ينوب عنه سيزود المؤسسة بالمعلومات الضرورية لتصديق تفاصيل حساب البنك التي زودتها. بالتبادل، أدرك أن المؤسسة تستطيع طلب مستندات وإثباتات إضافية من أجل التحقق من تفاصيل حساب البنك المصرح عنه أعلاه ويجب علي إرفاقها حسب الطلب.

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 هذه الاستمارة.

תאריך חתימת התובע

توقيع مقدم الطلب

تاريخ

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי – ימלא התובע)

לلتעבנה מן قبل صاحب العمل اذا كان مقدم الطلب أجيروا (اذا كان مستقلا – يعينه مقدم الطلب بنفسه)

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

تفاصيل عن الإصابة خارج العمل أو المصنع

1

הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה

حصلت الإصابة خارج المصنع – خلال وقت العمل

מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה _____
مكان الإصابة: _____ ساعة الإصابة _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____
المكان الذي كان على العامل أن يعمل فيه أو الذي عمل فيه في يوم الإصابة: _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? לא כן
هل يعمل العامل خارج جدران المصنع بشكل دائم? لا نعم

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? לא כן
هل تواجد عمال آخرين عند وقوع الإصابة? لا نعم

שם _____ ת"ז _____
الاسم _____ رقم الهوية _____

תפקידו وظيفته	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת اسم العامل الذي أعطى المصاب أمر الخروج	מטרת יציאתו מחוץ למפעל غرض الخروج من المصنع	תפקיד הנפגע במפעל وظيفة المصاب في المصنع

שעת החזרה הצפויה _____ שעת היציאה _____
ساعة العودة المتوقعة _____ ساعة الخروج _____

תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____
حادث في مبنى: اسم موقع العمل _____ اسم المقاول الرئيسي _____

פגיעה בדרך לעבודה

إصابة في الطريق الى العمل

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____
في أي ساعة كان عليه أن يبدأ عمله? أي وردية? العنوان الذي كان عليه التواجد فيه للعمل?

פגיעה בדרך הביתה

إصابة في الطريق الى البيت

באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? כן לא
في أي ساعة أنهى عمله? هل أنهى عمله في الساعة المحددة لعمله? لا نعم

הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____
سبب الخروج المبكر: العنوان الذي عمل فيه قبل العودة الى البيت _____

2

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה
كشف الرواتب لآخر اربعة أشهر قبل التوقف عن العمل

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי رقم الملف في مؤسسة التأمين الوطني		שם המפעל/המעסיק اسم المصنع/صاحب العمل	
מספר ימי העבודה בשבוע: عدد أيام العمل أسبوعياً:		היקף המשרה ב-% نسبة الوظيفة ب-%	מעמד העובד: وظيفة العامل:
		<input type="checkbox"/> יומי يومي <input type="checkbox"/> חודשי شهرية	<input type="checkbox"/> קבוע ثابتة <input type="checkbox"/> ארעי مؤقتة
		תאריך תחילת עבודה: تاريخ بداية العمل:	

אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, אנה פרט את סיבת היעדרות
إذا تغيب العامل عن العمل في آخر ثلاثة أشهر قبل موعد الإصابة، الرجاء فصل سبب الغياب

ממתי עד מתי נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? כן לא
من متى حتى تغيب عن العمل. هل تلقى راتب مقابل هذه الأيام؟ نعم لا

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה.
عليك تسجيل جميع مكونات الراتب في الجدول الآتي، الإضافات التي دفعت لمرة واحدة، فروقات أو منح التي دفعت في الأشهر الأربعة الأخيرة قبل الإصابة.

שם התשלום نوع الدفعة	לתקופה عن الفترة	סכום المبلغ	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו إضافات لمرة واحدة، منحة أو فروقات شملت في الراتب الاجمالي	העובד הוא العامل هو		מס' הימים בעבורם שולם השכר عدد الأيام الذي تقاضى عنها أجر	החודש, כולל חודש הפסקת העבודה الشهر، يشمل شهر التوقف عن العمل
				יומי يومي	חודשי شهرية		
			שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח الراتب الاجمالي الملزم يدفع رسوم تأمين في هذا الشهر - بالشيكال	<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"/>		חודש شهر

העובד שב לעבודה בתאריך _____
عاد العامل الى عمله في تاريخ _____
 העובד טרם שב לעבודה.
لم يعد العامل الى العمل بعد.

האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט
هل حصلت تغيير في راتب العامل في ال-12 شهرا الأخيرة قبل موعد الإصابة في العمل؟
فصل رجاء

העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל:
يعتبر العامل أحد عمال المصنع حتى الآن:
 כן לא
נعم

לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה: _____
لا، توقف العامل عن العمل في المصنع بتاريخ: _____
سبب التوقف عن العمل:

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר
اسم البرنامج او مكتب الخدمة الذي يستخدمه صاحب العمل لإصدار قسائم الراتب
שוגר טופס 100: כן לא
تم ارسال استمارة 100: نعم لا

שם איש קשר לברור פרטי שכר: _____ מספר טלפון: _____
اسم جهة الاتصال للاستفسار عن تفاصيل الأجر: _____
رقم هاتف:

חתימת המעסיק _____ תאריך _____
توقيع صاحب العمل _____ تاريخ _____
שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____
اسم الموقع ووظيفته _____ التوقيع والختم

3

פרטים על תשלום דמי מחלה על ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

تفاصيل عن دفع بدل اجازات مرضية من قبل صاحب العمل /صندوق بدل اجازات مرضية

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)
هل يستحق العامل بدل اجازات مرضية من صاحب العمل? (في موعد الإصابة)

כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה:

נעם, סגל عدد الأيام التي يستحقها العامل حتى تاريخ الإصابة:

לא, העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

לא, لقد استغل العامل جميع الأيام التي يستحقها

לא נצברו ימי מחלה

لم تتراكم أيام مرضية

אחר

آخر

העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה

يستحق العامل دفع عن الإجازة المرضية من قبل صندوق للاجازات المرضية

(שם הקרן)
(اسم الصندوق)

4

הצהרת המעסיק

تصريح صاحب العمل

אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידינו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

نحن الموقعون أدناه، نصادق أن التفاصيل التي قدمها العامل والمقدمة من قبلنا صحيحة على حد علمنا.

نصادق أن مقدم الطلب كان يعمل من قبلنا كعامل في موعد إصابة العمل.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן

إذا كان لديك تحفظ بشأن الإصابة، يرجى تفصيلها هنا

חתימה וחותמת *

توقيع وختم

שם החותם

اسم الموقع

תפקיד החותם

وظيفة الموقع

תאריך

التاريخ

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

تفاصيل إضافية لمشغل مرخص/مصدق عليه

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

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

مشغل مرخص حسب بند النظام 22:

העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____
يشمل العامل في المصادقة وقد تغيب من تاريخ _____ حتى تاريخ _____
ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.
ودفعنا له مخصصات إصابة وفقاً للقانون.

העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה/מפעל.
لم يُشمل العامل ضمن العمال الذين قُدمت عنهم المصادقة للشركة/المصنع.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

مشغل مرخص بموجب مادة 343:

אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)
أنا مشغل مرخص بموجب مادة 343 (مادة 162 في الصيغة القديمة)

קיבוץ:

كيبوتس:

הנפגע חבר קיבוץ – מופיע בסוג ביטוח _____
المصاب هو عضو كيبوتس – مسجل في تأمين من نوع _____

הנפגע אינו חבר קיבוץ – מופיע בסוג ביטוח _____
المصاب ليس عضو كيبوتس – مسجل في تأمين من نوع _____

חתימת המעסיק וחתימת X

توقيع وختم صاحب العمل
(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)
(يطلب في حالات التفاصيل المكملة فقط)



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה
مؤسسة التأمين الوطني
ادارة المخصصات
إصابة العمل

חותמת קבלה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

تنازل عن السرية الطبية

اسم المخصصات: مخصصات إصابة العمل

1

פרטים אישיים
تفاصيل شخصية

<p>קוד גמלה رمز المخصصات</p> <p>60</p>	<p>מספר זהות/דרכון رقم الهوية/جواز السفر</p> <p>_____</p>	<p>תאריך הפגיעה تاريخ الإصابة</p> <p>שנה _____ חודש _____ יום _____</p>
<p>שם משפחה اسم العائلة</p> <p>_____</p>	<p>שם פרטי الاسم الشخصي</p> <p>_____</p>	
<p>חבר בקופת חולים عضو في صندوق المرضى</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר كلاليت مئوحديت مكابي لنوميت آخر </p>		

2

הצהרה
تصريح

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש 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 אודותיי.

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

תאריך _____ חתימת המבוטח x _____
تاريخ _____ توقيع المؤمن