

תביעה לתשלום דמי תאונה בל 2201

(טופס זה אינו משמש למקרה של תביעה בגין פגיעה בעבודה)

חובה לצרף לטופס זה

- תעודה רפואית ראשונית לנפגע בתאונה (מקור בלבד), ראה נספח א' לטופס, חתומה ע"י רופא.
- 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.
- אם אתה שכיר: אישור על מספר ימי המחלה שעמדו לזכותך ביום התאונה ממעבידך, או מקרן ימי מחלה, ממבטחים או מקופות אחרות.

כיצד יש להגיש את התביעה

- עליך לצרף אישורים נוספים לפי הנדרש בטופס התביעה, ולחתום בכל מקום המיועד לכך (כולל בנספח א' - ויתור על סודיות רפואית).
- בתביעה של עובד שכיר, יש לוודא, כי המעביד ימלא את החלק המיועד לו ויחתום עליו.
- באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות האינטרנט במקום בדואר. תישלח אליך הודעה במייל על שליחת מכתב, בו תוכל לצפות באופן בטוח בשירות האישי באתר המוסד לביטוח לאומי. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני.
- באפשרותך למלא את טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליין (באופן מקוון) באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il
- כמו כן, את טופס התביעה ניתן לשלוח בדואר, למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך או להכניס לתיבת השירות המוצבת מחוץ לסניף.
- אפשר להגיש תביעה ובה מסמכים נלווים גם באמצעות פקס, ואין חובה להגיש מסמכים מקוריים. עם
 - זאת, המוסד יהיה רשאי לדרוש הצגה של מסמך מקורי, אם הצילום או הפקס שהתקבל אינו ברור, או
 - מכל סיבה אחרת, לפי שיקול דעתו של פקיד התביעות.
- לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il
- חובה להגיש את התביעה בתוך 90 ימים מתאריך התאונה. המוסד יהיה רשאי לדחות תביעה שהוגשה באיחור.

1. פרטי הנפגע

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר זהות
- תאריך לידה
- מין – זכר/נקבה
- בן זוג
 - עובד/לא עובד
- מצב משפחתי - רווק/ה / אלמן/ה / פרוד/ה / נשוי/אה / גרוש/ה / ידוע/ה בציבור
- מעמדך ביום התאונה: / שכיר / עצמאי / עקרת בית / חבר קיבוץ / אחר:
 - כתובת (הרשומה במשרד הפנים)
 - רחוב / תא דואר
 - מס' בית
 - כניסה
 - דירה
 - יישוב
 - מיקוד
 - טלפון קווי
 - טלפון נייד
 - אני מאשר קבלת הודעות SMS
 - אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט
 - דואר אלקטרוני
- מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)
 - רחוב / תא דואר
 - מס' בית
 - כניסה
 - דירה
 - יישוב
 - מיקוד

2. פרטי מקום העבודה

- שכיר
 - שם מעסיק/ מפעל/ מקום עבודה
 - תפקיד התובע במקום העבודה
 - טלפון קווי
 - רחוב / תא דואר
 - מס' בית
 - יישוב
 - מיקוד
 - טלפון נייד / פקס
 - האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעביד – לא/כן, פרט
 - דואר אלקטרוני
- עצמאי
 - שם העסק
 - סוג העיסוק
 - טלפון קווי
 - רחוב / תא דואר

- מס' בית
- יישוב

3. פרטי התאונה

- תאריך התאונה
- היום בשבוע
- שעת התאונה
- תאריך הפסקת עבודה
- שעת הפסקת עבודה
- תיאור הפגיעה: במה עסקת בעת התאונה?
- כיצד נגרמה התאונה?
- מקום התאונה - בישראל / בחו"ל, פרט
- שמות העדים לתאונה: לא נכחו עדים/ כן נכחו עדים
 - שם
 - כתובת
 - חבר לעבודה / מנכ"ל / אחר
- האם מדובר בתאונות דרכים? לא / כן אם כן, נא למלא חלק 5 בעמוד הבא.

4. טיפול רפואי

- האיבר שנפגע
- מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)
- מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/ שירות רפואי)
- תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה
- תקופת אשפוז
- שם בית החולים והמחלקה (נא לצרף סיכום מחלה)
- האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? לא / כן, פרט:
- קופת חולים שאתה חבר בה
- שם רופא המשפחה
- שם המרפאה שבה אתה מקבל טיפול רפואי בדרך כלל

5. פרטים משלימים

- האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? לא / כן, פרט
- לתחנת משטרה ב-
- מספר התיק שנפתח במשטרה (נא לצרף אישור)
- האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? לא / כן, פרט
- שם חברת הביטוח
- האם הגשת או אתה עומד להגיש תביעה לנזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לתאונה? לא / כן, פרט.
 - נגד
 - שם עורך הדין שלך
 - כתובת עורך הדין
 - מס' הטלפון של עורך הדין
- האם יצאת את גבולות המדינה בתקופת אי הכושר? לא / כן, פרט
 - לאן
 - לאיזו מטרה

6. פירוט העיסוקים

- לפני התאונה
 - לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה (נא לצרף אישורים מתאימים)
 - עבדתי בחודשים (נא לפרט את החודשים ולצרף אישורים או תלושי שכר לחודשים הנ"ל)
- אחרי התאונה
 - טרם חזרתי לעבודה כתוצאה מהתאונה
 - לא עבדתי כלל כתוצאה מהתאונה
 - מתאריך
 - עד תאריך
 - חזרתי לעבודה חלקית
 - מתאריך
 - עד תאריך
 - עבדתי משעה
 - עד שעה
 - חזרתי לעבודה מלאה בתאריך

7. פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

- שמות בעלי החשבון
- שם הבנק
- שם הסניף / כתובתו
- מס' סניף
- מספר חשבון
- לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: לחשבון הקיבוץ / המושב / לחשבוני הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק 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, 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/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.**

תאריך _____ חתימת מקבל התשלום _____ חתימת השותפים לחשבון _____

8. הצהרה

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 ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

תאריך _____ חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה _____

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר

1. פרטים על המעסיק

- שם המעסיק
- מספר תיק ניכויים
- מס' טלפון

2. פרטים על השכר

בפרטי השכר יש לכלול את כל רכיבי השכר.

את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו יש לפרט גם בטור נפרד.

- החודש, כולל חודש הפסקת העבודה
- היקף משרה ב- %
- מס' ימים עבורם שולם השכר
- מס' ימי העבודה בשבוע
- העובד הוא יומי/ חודשי
- שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח
- תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו
 - סכום
 - לתקופה
 - שם התשלום
- תאריך ההתחלתה של העסקת העובד
- מעמד העובד - קבוע/ ארעי
- העובד נעדר מהעבודה בחודשים הנ"ל בתקופות _____ מהסיבה _____
- העובד ממשיך להימנות עם עובדי המפעל - כן / לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך _____
- העובד שב לעבודה, לאחר התאונה, ביום _____
- העובד לא שב עדיין לעבודה

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

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה מהמעביד - נכון ליום התאונה?

- כן, יש לציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום התאונה

האם שילמת לעובד בעבור תקופת ההיעדרות בגין התאונה הנ"ל? אם כן, יש לציין לאיזו תקופה:

- מיום
- עד יום
- סה"כ ימים

- לא,

- העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו
- לא נצברו ימי מחלה
- העובד זכאי לתשלום דמי מחלה מהקרן לדמי מחלה _____
- אחר _____ שם הקרן _____

4. הצהרת המעביד

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).

כן אנו מאשרים, כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן התאונה.
תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת

נספח א - תעודה רפואית ראשונה לנפגע בתאונה

1. פרטי הנפגע

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר זהות
- תאריך לידה
- מין – זכר/נקבה
- כתובת (הרשומה במשרד הפנים)
 - רחוב / תא דואר
 - מס' בית
 - כניסה
 - דירה
 - יישוב
 - מיקוד
- תאריך תאונה
- מקום התאונה
- שעת התאונה
- הגיע לטיפולנו בעקבות התאונה בתאריך
- בשעה
- מעמד ביום התאונה- עובד שכיר / עובד עצמאי / עקרת בית / אחר, פרט:

- מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

- רחוב / תא דואר
- מס' בית
- כניסה
- דירה
- יישוב
- מיקוד

2. למילוי ע"י רופא

מקצוע / משלח יד _____

תיאור התאונה לפי דברי הנפגע _____

פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול _____

הממצא הקליני _____

צילומי רנטגן נעשו במכון _____ ביום _____
הממצא _____

האבחנה _____

הטיפול שנתנו לנפגע _____

הערות ופרטים נוספים _____

- עובד שכיר ועובד עצמאי
לדעתי אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת במשך _____
ימים;
היינו מיום _____ עד יום _____ בכלל כתוצאה מהתאונה.
- עקרת בית
כתוצאה מהתאונה אינה מסוגלת לעבודות משק הבית במשך _____ ימים; היינו מיום _____
עד יום _____ בכלל

• אינו עובד ואינו עובד עצמאי
כתוצאה מהתאונה עליו להיות מאושפז או מרותק לביתו במשך _____ ימים; היינו מיום
_____ עד יום _____ בכלל

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

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי תאונה

1. פרטים אישיים

- קוד גמלה 50
- מספר זהות/דרכון
- תאריך תאונה
- שם משפחה
- שם פרטי
- חבר בקופת חולים - כללית / מאוחדת / מכבי / לאומית / אחר _____

2. הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי 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.

תאריך _____ חתימת המבוטח _____