

תביעה למחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה בל/202

חובה לצרף לטופס זה

- מסמך רפואי המעיד על הליקוי הרפואי כמו: דוח מיון, סיכום מחלה, תוצאות בדיקות ופענוח הדמיה.
- עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון הכולל את אשרת השהייה; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זיהוי
- מתנדבים – יש לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.

לידיעתך

- יש להגיש טופס נפרד לכל מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה.
- על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200, תוך 12 חודשים ממועד הופעת המחלה / הליקוי הרפואי. הגשת התביעה במועד מאוחר יותר עלולה לפגוע בזכות לגמלה כולה או חלקה
- עליך להעביר למוסד לביטוח לאומי את כל התעודות הרפואיות המצויות ברשותך לפני שתזמן לוועדה רפואית.
- משך זמן טיפול משוער בתביעה למחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה הוא 150 יום, ממועד קבלתה ועד לקבלת החלטה. לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il
- ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, ישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

כיצד יש להגיש את התביעה

- עליך לצרף אישורים נוספים לפי הנדרש בטופס התביעה.
- אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה בחברה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8.
- תביעה לא חתומה (בסעיף 12 במקום המסומן ב-X) תוחזר בדואר, ותיחשב כאילו לא הוגשה
- עליך לחתום על ספח ויתור סודיות רפואית.
- בתביעה של עובד שכיר על המעסיק למלא את סעיפים 13 עד 16 ולחתום בסעיף 16.
- תביעות של עובדים, אשר מעסיקיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 (מעסיק שקיבל הרשאה מהמוסד לתשלום דמי פגיעה ישירות לעובד), יוגשו ע"י המעסיקים.
- במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופוסות.
- באפשרותך למלא את טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליין (באופן מקוון) באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il

- כמו כן, ניתן לשלוח את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.
- לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

תביעה למחלת מקצוע או ליקוי רפואי עקב תנאי עבודה

- מחלת מקצוע, פרט _____
- ליקוי רפואי, פרט _____
- שכיר
- עצמאי
- מתנדב
- הכשרה מקצועית
- חבר קיבוץ או מושב שיתופי

1. פרטי התובע

- שם משפחה
- שם פרטי
- מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
- מספר אישי בצה"ל
- תאריך לידה
- תאריך עלייה
- מצב משפחתי
 - רווק/ה
 - אלמן/ה
 - פרוד/ה
 - נשוי/אה
 - גרושה
 - ידוע/ה בציבור
- כתובת (הרשומה במשרד הפנים)
 - רחוב / תא דואר
 - מספר 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 דאר
 - מספר בית, כניסה, דירה
 - יישוב
 - מיקוד

2. פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא

סעיף 2א'

שכיר / מתנדב / הכשרה מקצועית

- שם מעסיק / מפעל
- תפקיד התובע במקום העבודה
- רחוב / דואר
- מספר בית
- יישוב
- מיקוד

- טלפון קווי _____
- טלפון נייד _____
- ספר פקס _____
- האם אתה אחד מבעלי החברה / בעל שליטה בחברה:
 - לא
 - כן, פרט _____
- האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק:
 - לא
 - כן, פרט _____

עצמאי

- שם העסק
- סוג העיסוק
- רחוב /תא דואר
- מספר בית
- יישוב
- מיקוד
- טלפון קווי _____
- טלפון נייד _____

2א'. פרטי מקום העבודה – כוחות הבטחון

מקום השירות

- צה"ל
- שב"ס
- משטרה
- משמר הכנסת
- משמר אזרחי
- אחר
- רחוב / תא דואר
- מספר בית
- יישוב
- מקוד
- טלפון קווי _____
- טלפו נייד _____
- מספר פקס _____
- תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום שירות קבע _____
- האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הבטחון בגין הפגיעה האמורה?
 - כן
 - לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3. פרטים על המחלה או הליקוי הרפואי

- תאריך הופעת המחלה _____

שם המחלה או הליקוי - יש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על אבחון המחלה או הליקוי הרפואי, כמו: תוצאות בדיקות עזר, סיכום רפואי, פענוח הדמיה וכד'

נא תאר ופרט מהם תנאי עבודתך שגרמו להתפתחות המחלה או הליקוי הרפואי

אם עבודתך כרוכה בחשיפה לחומרים וברשותך דפי מידע על חומרים אלה, נא צרף אותם
האם בוצעו בדיקות ניתור סביבתיות במקום עבודתך?

- לא
 - כן, (אם ברשותך תוצאות הניתור, נא צרף אותן)
 - באלו תפקידים הועסקת במקום עבודתך, נא תאר את סוג העבודה (ניתן לצרף גיליון נוסף)
- התפקיד וסוג העבודה _____ תקופת העבודה _____
- התפקיד וסוג העבודה _____ תקופת העבודה _____
- התפקיד וסוג העבודה _____ תקופת העבודה _____

האם ידוע לך על עובדים נוספים שלקו במחלה?

- לא
 - כן, פרט:
 - שם, כתובת, מספר טלפון
- נא צין מקומות עבודה קודמים בהם עבדת, בישראל ובחו"ל (ניתן לצרף גיליון נוסף)
- מקום עבודה וסוג העבודה _____ תפקיד _____ תקופת עבודה _____

מסירת הודעה למעסיק על המחלה או הליקוי הרפואי

- תאריך מסירת ההודעה
- שם מקבל ההודעה
- תפקיד

4. פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על הליקוי)

- תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה
 - שנה, חודש, יום, שעה
 - תקופת אשפוז
 - שם בית החולים / מחלקה
- קופת חולים שבה אתה חבר
 - כללית
 - מכבי
 - לאומית
 - מאוחדת
 - אחר _____
- האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום?
 - לא
 - כן, פרט _____

פרטי הרופאים המטפלים

- שם הרופא
- תחום המומחיות

- כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל
- טלפון המרפאה

5. פרטים על שירות צבאי

האם שרתת בצה"ל?

- לא
- כן, נא ציין את פרופיל הגיוס _____
- האם התפתחו ליקויים רפואיים במהלך שירותך הצבאי, נא פרט _____

6. סיוע בהנגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע?

- לא
- כן,

הגוף המסייע:

- עו"ד
- חברת מימוש זכויות
- יד מכוונת
- בית חולים

שם הגוף המייצג או המסייע: _____

7. פרטים על תביעות כנגד צד ג'

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג' בקשר למחלתך או הליקוי הרפואי?

- תביעה נגד _____ שם העו"ד המטפל _____
- כתובתו _____
- טלפון _____ פקס _____ דואר אלקטרוני _____
- התביעה הוגשה בבית המשפט
 - השלום
 - המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

8. פירוט העיסוקים

היעדרות מהעבודה לפני הופעת המחלה או הליקוי הרפואי

- אם בשלושת החודשים שקדמו להופעת המחלה או הליקוי נעדרת מהעבודה, נא סמן את הסיבה:
 - מחלה
 - חופשה
 - אחרת _____ נא לצרף אישורים מתאימים
- קיבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה _____
- עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף _____ נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

הצהרה על היעדרות מהעבודה כתוצאה מהמחלה או הליקוי הרפואי

- לא עבדתי כלל כתוצאה מהמחלה או ליקוי הרפואי
- מתאריך _____
- עד תאריך _____
- שהיתי בעסק / בעבודתי _____
- מתאריך _____ עד תאריך _____ משעה עד שעה _____
- חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____
- טרם חזרתי לעבודה
- לא נעדרתי מהעבודה
- שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני המחלה או הליקוי הרפואי היו _____
- משעה _____ עד שעה _____
- עבודה במשמרות

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

יש להמציא הוכחת תשלום ל- 12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

- מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) _____
- היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____
- מה היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____
- אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים
- תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה _____

10. 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 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 כדיון, 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.

תאריך _____ חתימת מקבל התשלום _____

11. פטור מס כנסה – יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה

ערב הפגיעה

- עיוור / נכה 100%
- פטור חלקי

12. הצהרת התובע / מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם 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. כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך _____ חתימת התובע _____

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

- שם פרטי
- שם משפחה
- מספר זהות
- קרבה לתובע
- טלפון קווי
- טלפון נייד
- מאשר קבלת הודעות SMS
 - כן
 - לא
- אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט

דואר אלקטרוני: _____

- אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: ייפוי כח, צו אפוסטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.
- אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:
- שם העד לחתימה
- מספר זהות

13. פרטי שכר ב-4 החודשים שקמו להפסקת העבודה – ימולא ע"י

המעסיק

- שם המפעל / המעסיק
- מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי
- תאריך תחילת עבודה: _____
- מעמד העובד:
 - קבוע
 - ארעי
 - יומי
 - חודשי
 - היקף המשרה ב-% _____
 - מספר ימי העבודה בשבוע: _____
- אם בשלושת החודשים שקדמו למחלה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____ ממת' _____ עד מת' _____ נעדר מהעבודה.
- האם שולם שכר בעבור ימים אלה?
 - כן
 - לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

- החודש, כולל חודש הפסקת העבודה
- מס' הימים בעבורם שולם השכר
- 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
- העובד שב לעבודה בתאריך _____
- העובד לא שב עדיין לעבודה.
- העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל:
 - כן
 - לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____
 - סיבת הפסקת העבודה: _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל:
נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה _____.
כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה
תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה
וחותמת _____

14. פרטים משלימים למעסיק מורשה / מאושר

- העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

- העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.
- העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

- אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוץ

- הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____
 - הנפגע אינו חבר קיבוץ – מופיע בסוג ביטוח _____
- חתימת המעסיק וחותמת _____ (נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

כתב ויתור סודיות רפואית – דמי פגיעה בל - 202

1. פרטים אישיים

- קוד גמלה 60
- מספר זהות / דרכון
- תאריך הפגיעה
- 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 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 אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח _____