לצפייה בסרטון הסבר על מילוי הטופס ולמיצוי זכויות, יש לסרוק את הברקוד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואית כתוצאה מהפגיעה.
- עצמאי – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, עליך לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (כמו: חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה)
- עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון, היתר העסקה, ואישור בנק על פרטי החשבון המתנהל על שמך.
- תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זהות, היתר העסקה משירות התעסוקה, ואישור על פרטי חשבון בנק המתנהל על שמך.
- מתנדב – יש לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.
- במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופסות.

לידיעתך

- עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- תביעה שלא נחתמה ע"י התובע (בסעיפים 11 במקום המסומן ב-X), תוחזר בדואר ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- בתביעה של עובד שכיר **על המעסיק** למלא את סעיפים 1 – 5 בעמודים 5-6 ולחתום במקומות המסומנים ב-X.
- **משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, (למעט תביעה למחלות מקצוע). לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת** www.btl.gov.il
- אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200 .

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו ולצרף את המסמכים הנדרשים.
- **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
  - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
  - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט.www.btl.gov.il ..

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

נא ציין את מספר תעודת זהות_____

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
	מס' זהות / דרכון סוג המסמך 01 דפים

1

❑ תאונה בעבודה	❑ מחלת מקצוע/ מיקרוטראומה, פרט _____

2 **פרטי התובע**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
	_____@_____

מען שונה ממשרד הפנים ❑ כן ❑ לא

כתובת מכתבים חלופית:

רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

❑ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט , SMS – דואר אלקטרוני, וואטסאפ), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

3

פרטי מקום עבודה

❑ **שכיר**

שם מעסיק _____	מס' תיק ניכויים
תפקידך במקום עבודתך _____	טלפון נייד של המעסיק

❑ **עצמאי**

שם העסק _____	סוג העיסוק _____
מס' תיק ניכויים _____	תפקידך במקום עבודתך _____

4

לפני הפגיעה: ❑ שעות עבודה משעה ____:____ עד שעה ____:____ ❑עבודה במשמרות

לאחר הפגיעה: ❑ לא נעדרת מהעבודה ❑ טרם חזרת לעבודה מיום הפגיעה

❑ חזרת לעבודה מלאה מתאריך _____ ❑ חזרת לעבודה חלקית

אם חזרת לעבודה חלקית או מלאה, נא ציין

מתאריך ____/____/____ עד תאריך ____/____/____ כמות שעות עבודה _____

מתאריך ____/____/____ עד תאריך ____/____/____ כמות שעות עבודה _____

5

פרטי הפגיעה

תיאור הפגיעה:

_____

_____

_____

תאריך הפגיעה _____/___/____ שעת פגיעה ___:____

היכן ארעה הפגיעה? ❑ תוך כדי עבודה ❑ בדרך לעבודה ❑ בדרך חזור מהעבודה ❑ תאונת דרכים תוך כדי עבודה
❑ עבודה מהבית ❑ תאונה בבניין

כתובת מקום הפגיעה _____

אם הפגיעה אירעה בדרך לעבודה או בדרך הביתה, תאר את מסלול הדרך

_____

_____

האם נכחו עדים? ❑ כן, שם עד: _____ טלפון עד: _____
❑ לא

6

טיפול רפואי

האיבר שנפגע _____ צד (ימין/שמאל) _____ מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך) _____

האיבר שנפגע _____ צד (ימין/שמאל) _____ מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך) _____

האיבר שנפגע _____ צד (ימין/שמאל) _____ מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך) _____

גורם מטפל לראשונה בפגיעה _____ תאריך קבלת הטיפול ____/___/___ שעת טיפול ___:____

7 סיוע וייצוג רפואי

האם תביעתך הוגשה ע"י גוף מייצג? ❑ כן ❑ לא

סוג מייצג: ❑ עורך דין ❑ עמותה ❑ חברת מימוש זכויות ❑ יד מכוונת ❑ בית חולים
❑ אחר, פירוט _____

שם מייצג _____ טלפון נייד _____

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 לצרף טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושא הגמלאות".

8

פרטי חשבון בנק	
שם בעל החשבון _____	מס' חשבון _____
שם הבנק _____	שם הסניף _____
שם הסניף _____	אופן העברת התשלום ❑ פרטי ❑ קיבוצי

9 הצהרה וחתימה

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

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת 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 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.**

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.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג׳ הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת www.btl.gov.il > יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות.

אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיעה בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, נדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.

❑ **אני מסכים לקיום וועדה רפואית בווידיאו צ'אט**

❑ **אני מצהיר/ה כי הפרטים נכונים**

תאריך____/____/____ חתימת התובע ✘_____

1 הצהרת המעסיק

מקום הפגיעה _____ תאריך הפגיעה ____/___/___ שעת הפגיעה ___:___

תפקיד הנפגע במפעל _____

הפגיעה ארעה:

❑ תוך כדי עבודה מחוץ לעסק

מטרת יציאתו מחוץ למפעל _____ שעת יציאה ___:____ שעת חזרה צפויה ___:____

❑ בדרך לעבודה, היה עליו להתחיל בעבודה בשעה ___:___ משמרת ____ בכתובת _____

❑ בדרך הביתה, סיים את העבודה בשעה ___:___ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

❑ בבניין, שם האתר _____שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ❑ כן ❑ לא שם העד _____
טלפון _____

2 פרטים על חזרת העובד לעבודה

לאחר הפגיעה
❑ העובד לא נעדר מהעבודה
❑ העובד חזר לעבודה מלאה מתאריך _____
❑ העובד חזר לעבודה חלקית
❑ העובד טרם חזר לעבודה מיום הפגיעה

אם חזר לעבודה חלקית או מלאה, נא ציין:

מתאריך _____/____/____ עד תאריך _____/____/____ כמות שעות עבודה _____

3 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

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 לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____

ממתי _____ עד מתי _____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		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים **שנכללו** בשכר ברוטו		
		יומי	חודשי		סכום	לתקופה	שם התשלום
חודש		❑	❑				
חודש		❑	❑				
חודש		❑	❑				
חודש		❑	❑				

שוגר טופס 100? ❑ כן ❑ לא

העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה? ❑ כן ❑ לא

4 הצהרת המעסיק

ההודעה נמסרה למעסיק בתאריך ____/___/___

שם מקבל ההודעה _____טלפון _____ תפקיד _____

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.
אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן

_____
_____
_____

תאריך____/___/___ תפקיד החותם_____ שם החותם_____ חתימה וחותמת ×_____ טלפון_____

5 פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה? ❑ כן ❑ לא

○ העובד נכלל בהרשאה לפי תקנה 22 ונעדר מתאריך ____/___/___ עד תאריך ____/___/___ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

○ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לפי תקנה 22 לחברה / מפעל.

הנפגע חבר קיבוץ ❑ כן ❑ לא מופיע בסוג ביטוח_____

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

חותמת קבלה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1 פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון		תאריך הפגיעה
60			יום חודש שנה
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 ✖ _____