



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



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



## תביעה למחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה طلب للاعتراف بالإصابة بمرض مهني أو ضرر صحي نتيجة ظروف العمل

### חובה לצרף לטופס זה

عليك إرفاق ما يلي

- ✍ מסמך רפואי המעיד על הליקוי הרפואי כמו: דוח מיון, סיכום מחלה, תוצאות בדיקות ופענוח הדמיה. شهادة طبية تبين الضرر الطبي مثل: تقرير غرفة الطوارئ, تقرير إجمالي للمرض, نتائج الفحوصات وتحليل الصور.
- ✍ עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון הכולל את אשרת השהייה; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זיהוי
- ✍ עامل אجنبي – يجب إرفاق صورة عن جواز السفر; سكان الضفة يجب إرفاق صورة عن الهوية.
- ✍ מתנדבים – יש לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב. متطوعون – يجب إرفاق طلب التوجيه للمتطوع من المؤسسة المخولة أو شهادة متطوع أو بطاقة متطوع.

### לידיעתך

لعلمك

- ✍ יש להגיש טופס נפרד לכל מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה. يجب تقديم طلب بشكل منفصل عن كل مرض مهني أو ضرر صحي نتيجة لظروف العمل.
- ✍ על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה. وفقا للقانون, لن تُدفع المخصصات لمدة تزيد عن 12 شهرا (بأثر رجعي) من يوم تقديم الطلب.
- ✍ במידה ותאושר תביעתך לדמי פגיעה נראה בתביעה זו גם תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ותוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 4. إذا تمت الموافقة على طلبك لبذل إصابة، فسندى هذا الطلب كطلب لتحديد درجة إعاقة عمل، وستتم دعوتك لفحص من قبل لجنة الطبية.
- ✍ יתם استدעאנך للجنة فقط بعد تقديم المستندات الطبية لجميع الاعاقات التي ستفصلها في بند 4. يتم استدعائك للجنة فقط بعد تقديم المستندات الطبية لجميع الاعاقات التي ستفصلها في بند 4.
- ✍ באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת. לקביעת פגיעה יש להתקשר למספר הטלפון \*2496 تستطيع التوجه لمركز "يد مכוونت" (يد موجهة) للحصول على استشارة وتحضير مجاني للجنة الطبية. لتحديد موعد يجب الاتصال على رقم \*2496.
- ✍ 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](http://www.btl.gov.il) يستغرق علاج طلب المرض المهني أو الضرر الصحي نتيجة لظروف العمل ما يقارب الـ 150 يوما منذ الاستلام وحتى اتخاذ القرار بشأنه. من أجل راحتك، تستطيع الاطلاع على مراحل علاج الطلب في موقع الانترنت الشخصي في العنوان [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

## כיצד יש להגיש את התביעה كيفية تقديم الطلب

- ✍ עליך לצרף אישורים נוספים לפי הנדרש בטופס התביעה.  
 عليك ارفاق الاثباتات اللازمة حسب ما طلب في هذا الطلب.
- ✍ אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה בחברה לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 10.
- ✍ يجب تعبئة التصريح في البند 10 إذا كنت صاحب سيطرة أو قريب لعائلة ذات سيطرة أو لصاحب أسهم في الشركة.  
 תביעה לא חתומה (בסעיף 14 במקום המסומן ב-X) תוחזר בדואר, ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- ✍ سيتم إرجاع الطلب الذي لم يوقع عليه (في البند 14 المشار إليه ب-X) بواسطة البريد, ويعتبر كأنه لم يقدم.  
 עליך לחתום על ספח ויתור סודיות רפואית.
- ✍ عليك التوقيع على ملحق التنازل عن السرية الطبية.
- ✍ בתביעה של עובד שכיר **על המעסיק** למלא את סעיפים 15 עד 17 ולחתום בסעיף 16.  
 في نموذج طلب العامل الأجير, **على المشغل** تعبئة البنود 15 حتى 17 والتوقيع في البند 16.
- ✍ במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופוסות.  
 في حالة تقديم الطلب بواسطة وصي – عليك تقديم حكم الوصاية.
- ✍ **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**  
 تستطيع تقديم الطلب مع الاثباتات اللازمة في احدى الطرق التالية:

- 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](http://www.btl.gov.il).  
 للأسئلة والاستفسار عليك التوجه لهاتف رقم 6050\* أو 04-8812345، أو الاستعانة بموقع الانترنت [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

## חובה לחתום על טופס התביעה التوقيع على استمارة الطلب إلزامي

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



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה  
مؤسسة التأمين الوطني  
مديرية المخصصات  
إصابة العمل  
תביעה למחלת מקצוע או ליקוי  
רפואי עקב תנאי עבודה

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך		דפים							
0	1								

חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

طلب للاعتراف بالإصابة بمرض مهني أو  
ضرر صحي نتيجة لظروف العمل

<input type="checkbox"/> מחלת מקצוע, פרט	<input type="checkbox"/> שחיר	<input type="checkbox"/> מתנדב
_____	_____	_____
مرض مهني, فصل	أجير	متطوع
<input type="checkbox"/> ליקוי רפואי, פרט	<input type="checkbox"/> הכשרה מקצועית	<input type="checkbox"/> חבר קיבוץ או מושב שיתופי
_____	_____	_____
ضرر صحي, فصل	تأهيل مهني	عضو في كيبوتس أو قرية تعاونية

1 פרטי התובע

תفاصيل مقدم الطلب

שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) رقم الهوية / جواز السفر (إجباري ارفاق صورة عن جواز السفر لعامل أجنبي) ס"ב
תאריך לידה تاريخ الميلاد	תאריך אישי בצה"ל الرقم الشخصي في الخدمة العسكرية	תאריך עלייה تاريخ القدوم الى البلاد
שנה / חודש / יום سنة / شهر / يوم	שנה / חודש / יום سنة / شهر / يوم	שנה / חודש / יום سنة / شهر / يوم

מצב משפחתי  
الحالة الاجتماعية

רווקה / أعزب/عزباء   
  אלמנה / أرملة   
  פרודה / منفصلة   
  נשואה / متزوجة   
  גרושה / مطلقة   
  ידועה/ בציבור / معروف للجمهور

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
טלפון קווי رقم الهاتف	טלפון נייד الهاتف الخليوي	דואר אלקטרוני: بريد الكتروني			
		_____@_____			

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. אرفض استلام الرسائل التي تشمل معلومات شخصية عبر القنوات المباشرة (الدجيטال) (رسائل نصية – SMS, البريد الالكتروني) بدلا من البريد العادي. يرجى الملاحظة أنه إذا لم تُشير لعلامة "أنا أرفض"، سيتم إرسال رسائل التأمين الوطني إلى القنوات المباشرة 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 رقم المنطقة

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

تفاصيل مكان العمل - إذا كنت تعمل في قوات الأمن، الرجاء تعبئة البند 2 أ

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

טלפון קווי رقم الهاتف	תפקיד התובע במקום העבודה وظيفة مقدم الطلب في مكان العمل		שם מעסיק/ מפעל اسم صاحب العمل/المصنع		
	טלפון נייד الهاتف الخليوي		מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلدة	מס' בית رقم المنزل
מס' פקס رقم الفاكس					

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה:  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_  
 هل انت أحد أصحاب الشركة/صاحب سيطرة في الشركة:  كلا  نعم, فُصّل: \_\_\_\_\_

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק:  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_  
 هل توجد صلة قرابة بينك وبين صاحب العمل:  كلا  نعم, فُصّل: \_\_\_\_\_

**עצמאי  
مستقل**

טלפון קווי رقم الهاتف	סוג העיסוק نوع العمل		שם העסק اسم صاحب العمل		
	טלפון נייד الهاتف الخليوي		מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلدة	מס' בית رقم المنزل

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה:  
 لعلمك ولغرض معالجة الطلب، سوف نتوجه الى أصحاب عملك عند الضرورة، للحصول على بيانات دخلك. إذا كنت تعترض على ذلك، يجب عليك الإشارة الى التصريح التالي:  
 אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותיי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי. ארצאן יתوجه התאמין الوطني إلى أصحاب العمل للحصول على تبايغ رقمي (محواسب) عن دخلي. أعلم أنه بسبب رفضي، سيتعين علي تقديم شهادات وقسائم الراتب بنفسني لغرض فحص استحقاقي.

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון  
 تفاصيل مكان العمل – قوات الأمن

<p>טלפון קווי                  رقم الهاتف</p> <p>טלפון נייד                  الهاتف الخليوي</p> <p>מס' פקס                  رقم الفاكس</p>	<p>מקום השירות                  مكان الخدمة</p> <p> <input type="checkbox"/> צה"ל                      جيش الدفاع الاسرائيلي                 </p> <p> <input type="checkbox"/> משמר הכנסת                      حرس الكنيست                 </p> <p> <input type="checkbox"/> משב"ס                      مصلحة السجون                 </p> <p> <input type="checkbox"/> משא"ז                      الحراسة                 </p> <p> <input type="checkbox"/> משטרה                      الشرطة                 </p> <p> <input type="checkbox"/> אחר                      آخر                 </p>								
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">מיקוד                      رقم المنطقة</td> <td style="width: 25%;">יישוב                      البلدة</td> <td style="width: 25%;">מס' בית                      رقم المنزل</td> <td style="width: 25%;">רחוב/תא דואר                      الشارع/صندوق</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلدة	מס' בית رقم المنزل	רחוב/תא דואר الشارع/صندوق				
מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلدة	מס' בית رقم المنزل	רחוב/תא דואר الشارع/صندوق						

תאריך כניסה לשירות קבע \_\_\_\_\_ תאריך סיום השירות בקבע \_\_\_\_\_  
 تاريخ دخول الخدمة الثابتة \_\_\_\_\_ تاريخ انتهاء الخدمة الثابتة \_\_\_\_\_

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

כן  
 نعم

לא  
 كلا

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

## פרטים על המחלה או הליקוי הרפואי

## تفاصيل عن المرض أو الضرر الصحي

יש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על אבחון המחלה או הליקוי הרפואי, כמו: תוצאות בדיקות עזר, סיכום רפואי, פענוח הדמיה וכד' יגב ארפאק גמיע المسندات الطيبة التي تشير الى تشخيص المرض أو الإعاقة الطبية, مثل: نتائج الفحوصات, تقرير إجمالي للوضع الصحي, تحليل الصور وما شابه	שם המחלה או הליקוי اسم المرض أو الإعاقة	תאריך הופעת המחלה تاريخ ظهور المرض <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">יום</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">יום</td> <td style="text-align: center;">شهر</td> <td style="text-align: center;">سنة</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>											יום	חודש	שנה								יום	شهر	سنة							
יום	חודש	שנה																														
יום	شهر	سنة																														

נא תאר ופרט מהם תנאי עבודתך שגרמו להתפתחות המחלה או הליקוי הרפואי  
 صف رجاء وفصل ما هي ظروف عملك التي أدت الى تطور المرض أو الضرر الصحي

---



---



---



---

אם עבודתך כרוכה בחשיפה לחומרים וברשותך דפי מידע על חומרים אלה, נא צרף אותם

إذا تطلب عملك التعرض لمواد ويوجد بحوزتك اوراق تشمل معلومات عن هذه المواد, الرجاء ارفاقها

האם בוצעו בדיקות ניתור סביבתיות במקום עבודתך?  לא  כן, (אם ברשותך תוצאות הניתור, נא צרף אותן)  
 هل أجريت اختبارات للرصد البيئي في مكان عملك؟  كلا  نعم, (إذا كانت بحوزتك نتائج الرصد, الرجاء ارفاقها)

באלו תפקידים הועסקת במקום עבודתך, נא תאר את סוג העבודה (ניתן לצרף גיליון נוסף)  
 ما هي الوظائف التي قمت بها في مكان عملك, صف ما هو نوع العمل رجاء (تستطيع ارفاق ورقة اضافية)

תקופת העבודה فترة العمل	התפקיד וסוג העבודה الوظيفة ونوع العمل
תקופת העבודה فترة العمل	התפקיד וסוג העבודה الوظيفة ونوع العمل
תקופת העבודה فترة العمل	התפקיד וסוג העבודה الوظيفة ونوع العمل

האם ידוע לך על עובדים נוספים שלקו במחלה?  לא  כן, פרט:  
 هل تعلم اذا أصاب المرض عمال آخرين؟  كلا  نعم, فصل:

מספר טלפון رقم الهاتف	כתובת العنوان	שם الاسم
מספר טלפון رقم الهاتف	כתובת العنوان	שם الاسم

נא צין מקומות עבודה קודמים בהם עבדת, בישראל ובחו"ל (ניתן לצרף גיליון נוסף)

سجل أماكن عملك السابقة, في البلاد وخارجها (تستطيع ارفاق ورقة اضافية)

תקופת עבודה فترة العمل	תפקיד الوظيفة	מקום עבודה וסוג העבודה مكان العمل ونوع العمل
תקופת עבודה فترة العمل	תפקיד الوظيفة	מקום עבודה וסוג העבודה مكان العمل ونوع العمل

## מסירת הודעה למעסיק על המחלה או הליקוי הרפואי

## تبلغ صاحب العمل عن المرض أو الضرر الصحي

תפקיד الوظيفة	שם מקבל ההודעה اسم مُستلم الرسالة	תאריך מסירת ההודעה تاريخ التبليغ <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">יום</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">يوم</td> <td style="text-align: center;">شهر</td> <td style="text-align: center;">سنة</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>											יום	חודש	שנה								يوم	شهر	سنة							
יום	חודש	שנה																														
يوم	شهر	سنة																														

**פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על הליקוי)**  
**تفاصيل العلاج الطبي (عليك ارفاق اثبات عن التحويل الأول لتلقي علاج طبي)**

שם בית החולים / מחלקה اسم المستشفى / القسم	תקופת אשפוז فترة المكوث في المستشفى	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה تاريخ وساعة تلقي العلاج الأولي									
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">שעה الساعة</td> <td style="text-align: center;">יום يوم</td> <td style="text-align: center;">חודש شهر</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">שנה سنة</td> </tr> </table>	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	שעה الساعة	יום يوم	חודש شهر			שנה سنة
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _									
שעה الساعة	יום يوم	חודש شهر									
		שנה سنة									
<p>האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____          هل عانيت في الماضي من مرض أو أوجاع متعلقة أو شبيهة بوضعك اليوم? <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم, فصل _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>											

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת المستند أو الشهادة الطبية المتعلقة بالإعاقات التي ذكرتها	המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל الإعاقات أو الآلام التي تعاني منها
<p>האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____          هل عانيت في الماضي من إعاقات أو آلام مشابهة لتلك التي ذكرتها? <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم, فصل _____</p>	

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

**פרטים על שירות צבאי**  
**تفاصيل عن الخدمة العسكرية**

האם שרתת בצה"ל?  לא  כן, נא ציין את פרופיל הגיוס \_\_\_\_\_  
 هل خدمت في جيش الدفاع الاسرائيلي  كلا  نعم, ماذا كان بيانك الشخصي في الخدمة

האם התפתחו ליקויים רפואיים במהלך שירותך הצבאי, נא פרט \_\_\_\_\_  
 هل ظهرت لديك إعاقات طبية خلال خدمتك العسكرية, فصل رجاء \_\_\_\_\_

שליטה בשפה

6

اتقان اللغة

אני לא שולט בשפה העברית, אני דובר \_\_\_\_\_  
 أنا لا أجيد اللغة العبرية. أنا أتحدث اللغة  
 לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית  לא  כן  
 سأحضر إلى اللجنة مع مرافق يتكلم اللغة العبرية لا نعم

פרטים על תשלומים

7

تفاصيل حول الدفعات

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?  לא  כן, סוג התשלום \_\_\_\_\_  
 هل تتلقى أو تستحق دفعة أو مخصصات من وزارة الدفاع؟ لا نعم، فصل نوع الدفعة  
 מספר תיק באגף השיקום \_\_\_\_\_  
 رقم الملف في وحدة إعادة التأهيل \_\_\_\_\_

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

8

مساعدة وتمثيل في تقديم الطلب

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע?  לא  כן,  
 هل قدمت طلبك بواسطة هيئة مساعدة? كلا نعم,

הגוף המסייע:  
 الهيئة المساعدة:

עורך דין  חברת מימוש זכויות  יד מכוונת  בית חולים  עמותה  אחר \_\_\_\_\_  
 محام شركة لتنفيذ الحقوق اليد الموجهة مستشفى منظمة آخر

שם הגוף המייצג או המסייע: \_\_\_\_\_  
 اسم الهيئة الممثلة أو المساعدة: \_\_\_\_\_

פרטים על תביעות כנגד צד ג'

9

تفاصيل عن رفع دعاوي ضد طرف ثالث

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג' בקשר למחלתך או הליקוי הרפואי?  
 هل قدمت أو تنوي تقديم دعوى تعويض أضرار ضد شركة التأمين أو الطرف الثالث بالنسبة لمرضك أو الضرر الصحي?

תביעה נגד \_\_\_\_\_ שם העו"ד המטפל \_\_\_\_\_  
 دعوى ضد \_\_\_\_\_ اسم المحامي الذي يعالج القضية \_\_\_\_\_  
 כתובתו \_\_\_\_\_  
 عنوانه \_\_\_\_\_  
 טלפון \_\_\_\_\_ פקס \_\_\_\_\_ דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_  
 هاتف فاكس بريد الكتروني \_\_\_\_\_  
 התביעה הוגשה בבית המשפט  השלום  המחוזי בעיר \_\_\_\_\_ מס' תיק אזרחי' \_\_\_\_\_  
 قدمت الدعوى في المحكمة الصلح المركزية في البلدة \_\_\_\_\_ رقم الملف المدني \_\_\_\_\_



היעדרות מהעבודה לפני הופעת המחלה או הליקוי הרפואי

الغيابات عن العمل قبل ظهور المرض أو الضرر الصحي

אם בשלושת החודשים שקדמו להופעת המחלה או הליקוי נעדרת מהעבודה, נא 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  عطلة  سبب آخر \* الرجاء ارفاق الاثباتات اللازمة

קיבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה  
 تلقيت مخصصات من مؤسسة التأمين الوطني, (مثلا: بطالة, خدمة الاحتياط, عجز, شيخوخة وما شابه) نوع المخصصات

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 الأخيرة

הצהרה על היעדרות מהעבודה כתוצאה מהמחלה או הליקוי הרפואי

تصريح بأن الغيابات عن العمل كانت بسبب المرض أو الضرر الصحي

<p><input type="checkbox"/> לא עבדתי כלל כתוצאה מהמחלה או ליקוי הרפואי</p> <p>لم أعمل بتاتا بسبب المرض أو الضرر الصحي</p>		<p>מתאריך                  من تاريخ</p>	<p>עד תאריך                  حتى تاريخ</p>
<p><input type="checkbox"/> שהייתי בעסק המלכה                  كنت في المصلحة</p>	<p>מתאריך                  من تاريخ</p> <p>שנה                  سنة</p> <p>חודש                  شهر</p> <p>יום                  يوم</p>	<p>עד תאריך                  حتى تاريخ</p> <p>שנה                  سنة</p> <p>חודש                  شهر</p> <p>יום                  يوم</p>	<p>משעה                  من الساعة</p> <p>עד שעה                  حتى الساعة</p>
<p><input type="checkbox"/> בעבודתי                  في عملي</p>	<p>מתאריך                  من تاريخ</p> <p>שנה                  سنة</p> <p>חודש                  شهر</p> <p>יום                  يوم</p>	<p>עד תאריך                  حتى تاريخ</p> <p>שנה                  سنة</p> <p>חודש                  شهر</p> <p>יום                  يوم</p>	<p>משעה                  من الساعة</p> <p>עד שעה                  حتى الساعة</p>
<p><input type="checkbox"/> חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____                  عدت الى العمل بشكل كامل في تاريخ _____</p> <p><input type="checkbox"/> טרם חזרתי לעבודה _____                  لم أعد الى العمل بعد _____</p> <p><input type="checkbox"/> לא נעדרתי מהעבודה                  لم أتغيب عن العمل</p>			

<p><input type="checkbox"/> שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני המחלה או הליקוי הרפואי היו:                  كان عدد ساعات عملي في مهنتي المتداولة أو في عملي قبل المرض أو الضرر الصحي هو:</p>	<p>משעה:                  من الساعة:</p>	<p>עד שעה:                  حتى الساعة:</p>	<p><input type="checkbox"/> עבודה במשמרות                  عملت بورديات</p>
--	--	---	---

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

تصريح للتعبئة لصاحب سيطرة أو لديه صلة قرابة مع صاحب سيطرة أو اسهم في شركة فقط

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (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 موعد الاستحقاق؟ (تفاصيل العمل الذي قمت به)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

أين نفذت عملك فعلياً؟ (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 \_\_\_\_\_

التوقيع

الاسم الشخصي والعائلة

تاريخ

פרטי חשבון הבנק של התובע

12

תفاصيل حساب بنك مقدم 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 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

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיפקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.  
 אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכח במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.  
 أنا الشريك في حساب البنك التابع لحامل بطاقة هوية رقم \_\_\_\_\_ الاسم \_\_\_\_\_ ألتزم باستخدام مبلغ المخصصات الذي سيحوّل إلى الحساب، لمصلحة متلقي المخصصات.  
 ألتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أيّ تغيير قد يطرأ على هوية الشركاء في حساب البنك و/أو المفوضين في الحساب، والحصول على توقيعهم على استمارة تحديث الحساب. أوافق بأنّ يقوم البنك من حين إلى آخر بتزويد مؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، بتفاصيل الشركاء والمفوضين، وذلك خلال فترة الاستحقاق أو بعدها.

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 ממוחשבת, 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 היא עלי להמציאם לפי דרישה.

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 المصرّح عنه أعلاه ويجب علي إرفاقها حسب الطلب.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מקבל התשלום ✕  
 تاریخ \_\_\_\_\_ توقيع منلقي الدفعات

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

13

اعفاء من ضريبة الدخل – يجب ارفاق اثبات عن استحقاق لإعفاء من ضريبة الدخل قبل الاصابة

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

אני מסכים לוועדה רפואית בוידאו צ'ט או אף על פי על עד לנה طبية عبر دردشة فيديو

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

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.

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 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.**

أنا الموقع أدناه 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 المخصّصات وفق هذا القانون، أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية، سيعاقب بدفع غرامة أو بالسجن.

أعلم أن أيّ تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملاحقه قد يؤثر على استحقاقي للمخصّصات أو على تراكم دين، لهذا ألتزم بالتبليغ عن أيّ تغيير خلال 30 يوم.

كما وألتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي سفر إلى خارج البلاد لفترة تتعدى ثلاثة أشهر.

أعلم أنه إذا طرأت تغييرات على بيانات الاتصال، يجب عليّ إبلاغ مؤسسة التأمين الوطني.

في حالة عدم تحديث تفاصيل الاتصال، سيتم إرسال المعلومات عبر القنوات التي أشرت إليها في هذه الاستمارة.

أدرك أنه إذا تمت الموافقة على طلبي لبدل إصابة بسبب مرض مهني أو إعاقة طبية نتيجة لظروف العمل، فإن التأمين الوطني سيفحص هذا الطلب كطلب لتحديد إعاقة عمل. في حالة أي إصابة أخرى، يجب تقديم طلب منفصل لتحديد الإعاقة من العمل.

תאריך \_\_\_\_\_  
 חתימת התובע X \_\_\_\_\_  
 تاریخ \_\_\_\_\_  
 توقيع مقدم الطلب \_\_\_\_\_

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע  
 تفاصيل مقدم الطلب وليس المصاب

שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة	מספר זהות رقم الهوية o"ב	קרבה לתובע صلة القرابة للمصاب
_____	_____	_____	_____

טלפון קווי رقم الهاتف	טלפון נייד الهاتف الخليوي	דואר אלקטרוני البريد الالكتروني
_____	_____	_____@_____

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: ייפוי כח, צו אפוסטרופוסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה. إذا كانت بحوزتك إحدى الوثائق التالية أو أكثر: توكيل, أمر وصاية, قرار محكمة أو تنازل عن السرية – يجب ارفاقها مع الطلب.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: إذا تم التوقيع على الطلب ببصمة اصبع, رجاء فصل:

שם העד לחתימה اسم الشاهد على التوقيع	מספר זהות رقم الهوية o"ב
_____	_____

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה – ימולא ע"י המעסיק  
 كشف الرواتب عن الأشهر الأربعة الأخيرة قبل التوقف عن العمل – يعبأ لدى صاحب العمل

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

אם בשלושת החודשים שקדמו למחלה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות \_\_\_\_\_  
 إذا تغيب العامل عن العمل في آخر ثلاثة أشهر قبل موعد الإصابَة, الرجاء فصّل سبب الغياب  
 ממת' \_\_\_\_\_ עד מת' \_\_\_\_\_ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה?  כן  לא  
 من \_\_\_\_\_ حتى \_\_\_\_\_ تغيب عن العمل. هل تلقى راتب مقابل هذه الأيام?  نعم  كلا

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 التالي, إضافات دفعت لمرة واحدة, فروقات أو منح دفعت في الأشهر الأربعة الأخيرة قبل الإصابَة

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

העובד שב לעבודה בתאריך \_\_\_\_\_  
 عاد العامل الى عمله في تاريخ \_\_\_\_\_  
 העובד לא שב עדיין לעבודה.  
 لم يعد العامل الى العمل بعد.

האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט  
 هل طرأت أي تغييرات على راتب العامل في آخر 12 شهراً قبل تاريخ إصابَة العمل?  
 يرجى التفصيل

העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל:  כן  לא  
 لا يزال العامل أحد عمال المصنع حتى الآن:  نعم  لا

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

שם איש קשר לבירור פרטי שכר \_\_\_\_\_ מספר טלפון: \_\_\_\_\_  
 اسم جهة الاتصال للاستفسار عن الراتب \_\_\_\_\_ رقم الهاتف \_\_\_\_\_

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר \_\_\_\_\_  
 اسم البرنامج أو مكتب الخدمة الذي يقوم صاحب العمل باستخدامه لاستصدار قسائم راتب \_\_\_\_\_

שוגר טופס 100:  כן  לא  
 تم ارسال استمارة 100:  نعم  لا

חתימת המעסיק \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_  
 توقيع صاحب العمل \_\_\_\_\_ تاريخ \_\_\_\_\_  
 חתימה וחומתם \_\_\_\_\_ שם ותפקיד החותם \_\_\_\_\_  
 التوقيع والختم \_\_\_\_\_ اسم ووظيفة الموقع \_\_\_\_\_

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.  
نحن الموقعون أدناه نصرح، بأن التفاصيل التي قدمها العامل والتي قدمناها نحن في نموذج الطلب صحيحة حسب معلوماتنا، ما عدا: الرجاء فصل التحفظات بالنسبة للإصابة، إن وجدت.

\_\_\_\_\_

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה  
نصرح بأن العامل كان أحد عمال المصنع/في مكان العمل حين حصلت الإصابة

תאריך \_\_\_\_\_ תפקיד החותם \_\_\_\_\_ שם החותם \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת ✕ \_\_\_\_\_  
تاريخ \_\_\_\_\_ وظيفة الموقع \_\_\_\_\_ اسم الموقع \_\_\_\_\_ التوقيع والختم ✕ \_\_\_\_\_

פרטים משלימים למעסיק מורשה/ מאושר  
تفاصيل اضافية لمشتغل مرخص / مخول

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

**מעסיק מורשה לפי תקנה 22:**  
**مشتغل مرخص حسب بند النظام 22:**

העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

يُشمل العامل في المصادقة وقد تغيب من تاريخ \_\_\_\_\_ حتى تاريخ \_\_\_\_\_ 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:**  
**مشتغل مرخص حسب البند 343:**

אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)  
أنا مشتغل مرخص حسب البند 343 (بند 162 في الصيغة القديمة)

**קיבוץ:**  
**كيبوتس**

הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח \_\_\_\_\_  
المصاب هو عضوا في كيبوتس مسجل في التأمين من نوع \_\_\_\_\_

הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח \_\_\_\_\_  
المصاب ليس عضوا في كيبوتس - مسجل في التأمين من نوع \_\_\_\_\_

חתימת המעסיק וחותמת ✕  
توقيع وختم المشتغل

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)  
(يُطلب في حالات التفاصيل الكاملة فقط)

**חותמת קבלה**



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

**כתב ויתור סודיות רפואית**  
**שם הגמלה: דמי פגיעה**  
**تنازل عن السرية الطبية**  
**اسم المخصصات: مخصصات إصابة**

<b>1 פרטים אישיים</b> <b>تفاصيل شخصية</b>																		
<p style="text-align: center;">תאריך הפגיעה تاريخ الإصابة</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">שנה</td> <td style="width: 33%;">חודש</td> <td style="width: 33%;">יום</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				<p style="text-align: center;">מספר זהות/דרכון رقم الهوية/جواز السفر</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"> </td> </tr> </table>											<p style="text-align: center;">קוד גמלה رمز المخصصات</p> <p style="text-align: center; font-size: 24px;">60</p>
שנה	חודש	יום																
<p style="text-align: center;">שם פרטי الاسم الشخصي</p>		<p style="text-align: center;">שם משפחה اسم العائلة</p>																
<p style="text-align: center;">חבר בקופת חולים عضو في صندوق المرضى</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> כללית    <input type="checkbox"/> מאוחדת    <input type="checkbox"/> מכבי    <input type="checkbox"/> לאומית    <input type="checkbox"/> אחר              كلاليت    منوحديت    مكابي    لنوميت    آخر         </p>																		

<b>2 הצהרה</b> <b>تصريح</b>
<p>אני הח"מ, שפרט"י 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.</p> <p>אנא המועד אדנא, המזכורה תפאסילי אעלאה פי זהא אלבל, אتناזל ען הסריה הפיביה ואפלב בהזא תרזיד מוססה התאמין הפוני או מן ימנלה, בקל המעלומאט ען מרזי, חאלתי הסחייה, העלאג הזי אتلפאה, נתאנה, אי תרתיב חול إطار خاרג المنزل, אי מעלומה קאנת, כל מסתנד طبي أو تأهيلي أو نفسي عني شخصيا.</p>
<p style="text-align: right;">תאריך _____</p> <p style="text-align: left;">חתימת המבוטח * _____</p> <p style="text-align: right;">תאריך _____</p> <p style="text-align: left;">תوقيع مقدم الطلب _____</p>