



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, יש לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה)
- עובד זר** – חובה לצרף צילום דרכון; **תושב שטחים** חובה לצרף צילום תעודת זהויה
- מתנדבים – יש לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה או צילום תעודת ביטוח

### לידיעתך

- 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.
- עליך להעביר למוסד לביטוח לאומי את כל התעודות הרפואיות המצויות ברשותך **לפני** שתוזמן לוועדה רפואית.
- 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](http://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, יישלח 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 מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8.
- תביעה שלא חתם עליה התובע (בסעיף 11 במקום המסומן ב-X) תוחזר בדואר, ותיחשב כאילו לא הוגשה
- עליך לחתום על כל הספחים של ויתור סודיות רפואית.
- תביעה של עובד שכיר **על המעסיק** למלא את סעיפים 12 עד 15 ולחתום בסעיף 15.
- 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](http://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.
- לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.
- מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה

**תביעה לתשלום דמי פגיעה  
והודעה על פגיעה בעבודה**

|                           |                  |
|---------------------------|------------------|
| לשימוש פנימי בלבד (סריקה) |                  |
| מס' זהות / דרכון<br>_____ | סוג המסמך<br>0 1 |

**חותמת קבלה**

תאונה בעבודה     שכיר     עצמאי     מתנדב  
 מחלת מקצוע, פרט \_\_\_\_\_     הכשרה מקצועית     חבר קיבוץ או מושב שיתופי

**1**

**פרטי התובע**

|   |  |  |
|---|--|--|
| שם משפחה  | שם פרטי                                      | מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)<br>ס"ב<br>_____                |
| מספר אישי בצה"ל   | תאריך לידה<br>שנה _____ חודש _____ יום _____ | תאריך עלייה<br>שנה _____ חודש _____ יום _____  |
| מצב משפחתי<br><input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה/ נשואה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/ בציבור |  |  |
| <b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>   |  |  |
| רחוב / תא דואר  | מס' בית                                      | כניסה  |
| דירה  | ישוב   | מיקוד  |
| טלפון קווי  | טלפון נייד                                   | <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט<br>דואר אלקטרוני: _____@_____ |
| <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS   |  |  |
| <b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)</b>   |  |  |
| רחוב / תא דואר  | מס' בית                                      | כניסה  |
| דירה  | ישוב   | מיקוד  |

**2**

**פרטי מקום העבודה**

**שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית**

|                |                          |            |
|----------------|--------------------------|------------|
| שם מעסיק/ מפעל | תפקיד התובע במקום העבודה | טלפון קווי |
| רחוב / תא דואר | מספר בית                 | טלפון נייד |
| מיקוד          | ישוב                     | מס' פקס    |

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה:  לא     כן, פרט: \_\_\_\_\_  
 האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק:  לא     כן, פרט: \_\_\_\_\_

**עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)**

|                |            |            |
|----------------|------------|------------|
| שם העסק        | סוג העיסוק | טלפון קווי |
| רחוב / תא דואר | מספר בית   | טלפון נייד |
| מיקוד          | ישוב       |            |

3

**פרטי הפגיעה**

|   |                   |            |            |  |     |      |     |  |  |  |
|---|-------------------|------------|------------|--|-----|------|-----|--|--|--|
| שעת הפסקת עבודה   | תאריך הפסקת עבודה | שעת הפגיעה | היום בשבוע | תאריך הפגיעה   |     |      |     |  |  |  |
|   |                   |            |            | <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td>         </td> <td>         </td> <td>         </td> </tr> </table> | שנה | חודש | יום |  |  |  |
| שנה   | חודש              | יום        |            |  |     |      |     |  |  |  |
|   |                   |            |            |  |     |      |     |  |  |  |
| היכן אירעה הפגיעה?<br>במהלך העבודה: <input type="checkbox"/> במפעל/בעסק <input type="checkbox"/> בדרכך לעבודה <input type="checkbox"/><br>(הכתובת שבה אירעה הפגיעה) _____<br>מחוץ למפעל <input type="checkbox"/> בדרכך לביתך <input type="checkbox"/><br>(הכתובת שבה אירעה הפגיעה) _____<br>בתאונות בדרכך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____ |                   |            |            |  |     |      |     |  |  |  |
| תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט _____<br>_____<br>_____   |                   |            |            |  |     |      |     |  |  |  |

האם נכחו עדים בתאונה?:  לא  כן, פרט:

|    |       |            |   |
|----|-------|------------|---|
| שם | כתובת | מספר טלפון | <input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר |
| שם | כתובת | מספר טלפון | <input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר |

האם מדובר בתאונת דרכים?  לא  כן, אם כן, נא למלא חלק 5 בעמוד הבא

**מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה**

|       |                |  |     |      |     |  |  |  |
|-------|----------------|--|-----|------|-----|--|--|--|
| תפקיד | שם מקבל ההודעה | תאריך מסירת ההודעה   |     |      |     |  |  |  |
|       |                | <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td>         </td> <td>         </td> <td>         </td> </tr> </table> | שנה | חודש | יום |  |  |  |
| שנה   | חודש           | יום  |     |      |     |  |  |  |
|       |                |  |     |      |     |  |  |  |

4

**פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)**

|   |                                       |   |     |      |     |  |  |  |
|---|---------------------------------------|---|-----|------|-----|--|--|--|
| מי טיפל לראשונה בפגיעה?<br>(שם הרופא/שירות רפואי)   | מהות החבלה<br>(לדוגמא: שבר, פצע, חתך) | האיבר שנפגע   |     |      |     |  |  |  |
|   |                                       |   |     |      |     |  |  |  |
| שם בית החולים / מחלקה   | תקופת אשפוז                           | תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה  |     |      |     |  |  |  |
|   |                                       | <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td>         </td> <td>         </td> <td>         </td> </tr> </table>        | שנה | חודש | יום |  |  |  |
| שנה   | חודש                                  | יום   |     |      |     |  |  |  |
|   |                                       |   |     |      |     |  |  |  |
| האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ |                                       | קופת חולים שבה אתה חבר<br><input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> לאומית<br><input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת |     |      |     |  |  |  |
| פרטי הרופאים המטפלים  |                                       |   |     |      |     |  |  |  |
| שם הרופא  | תחום המומחיות                         | כתובת המרפאה  |     |      |     |  |  |  |
|   |                                       | שבה טופלתי או אני מטופל   |     |      |     |  |  |  |
| שם הרופא  | תחום המומחיות                         | טלפון המרפאה  |     |      |     |  |  |  |
|   |                                       |   |     |      |     |  |  |  |
|   |                                       |   |     |      |     |  |  |  |

5

סיוע בהגשת 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: \_\_\_\_\_

6

פרטים על תאונת דרכים

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| מספר התיק במשטרה   | טיפול בתאונה<br>תחנת משטרה ב-   | האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה?<br><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן,<br>(אם כן, חובה לצרף דוח משטרה) | 1 |
| האם נפגעת בהיותך: <input type="checkbox"/> הולך רגל <input type="checkbox"/> נוסע ברכב <input type="checkbox"/> נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)   |   |   | 2 |
| מספר רישוי   | <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> מלגזה <input type="checkbox"/> טרקטור <input type="checkbox"/> אופנוע<br><input type="checkbox"/> מונית <input type="checkbox"/> אחר, פרט _____<br>*לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב. | סוג הרכב המעורב בתאונה:   | 3 |
| <input type="checkbox"/> פרטית <input type="checkbox"/> מקום העבודה <input type="checkbox"/> חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם)<br><input type="checkbox"/> רכב ציבורי <input type="checkbox"/> אחר _____   |   | הרכב בבעלות:  | 4 |
| במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה _____ ומספר הקו _____   |   |   |   |
| מספר זהות / דרכון<br>ס"ב   | שם ומשפחה   | פרטי הנהג   | 5 |
| מספר זהות / דרכון<br>ס"ב   | שם ומשפחה   | נוסעים נוספים ברכב:   |   |
| מספר זהות / דרכון<br>ס"ב   | שם ומשפחה   |   |   |
| מס' פוליסה   | שם חברת הביטוח  | האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח?<br><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח   | 6 |
| האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג'?<br>תביעה נגד _____ שם העו"ד המטפל _____<br>כתובתו _____<br>טלפון _____ פקס _____ דואר אלקטרוני _____<br>התביעה הוגשה בבית המשפט <input type="checkbox"/> השלום <input type="checkbox"/> המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____ |   |   | 7 |

7

**פרטים על תאונה בניזקין**

**סוג התאונה בניזקין**

נפילה ממקום גבוה  נפילה במדרגות או במדרכה פגומה  התחשמלות

תקיפה  פגיעה מבעל חיים  אחר \_\_\_\_\_

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה?  לא  כן,

תביעה נגד \_\_\_\_\_ שם עורך הדין המטפל \_\_\_\_\_

כתובתו \_\_\_\_\_ מס' טלפון \_\_\_\_\_

מס' פקס \_\_\_\_\_ דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_

האם יש ברשותך תמונות ממקום הנפגע?  לא  כן

התביעה הוגשה בבית המשפט  השלום  המחוזי בעיר \_\_\_\_\_ מס' תיק אזרחי \_\_\_\_\_

8

**פירוט העיסוקים**

לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, 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**

לאחר הפגיעה

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה</p>    |  | <p>מתאריך _____ עד תאריך _____</p> <p>שנה _____ חודש _____ יום _____</p>  |
| <p><input type="checkbox"/> שהייתי בעסק / בעבודתי</p>          | <p>מתאריך _____ עד תאריך _____</p> <p>שנה _____ חודש _____ יום _____</p> | <p>משעה _____ עד שעה _____</p>  |
| <p><input type="checkbox"/> חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____</p> | <p>מתאריך _____ עד תאריך _____</p> <p>שנה _____ חודש _____ יום _____</p> | <p>משעה _____ עד שעה _____</p>  |
| <p>שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה _____</p>      | <p>משעה _____ עד שעה: _____</p>  | <p><input type="checkbox"/> עבודה <input type="checkbox"/> לא נעדרתי מהעבודה <input type="checkbox"/> טרם חזרתי לעבודה <input type="checkbox"/></p> |

9

**הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה 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) \_\_\_\_\_

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) \_\_\_\_\_

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

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 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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מקבל התשלום ✕ \_\_\_\_\_

11

**פטור ממס הכנסה - 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<br>ס"ב | קרבה לתובע |
|         |          |                  |            |

אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט

דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

טלפון נייד \_\_\_\_\_

מאשר קבלת הודעות SMS  כן  לא

טלפון קווי \_\_\_\_\_

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: יפוי כח, צו אפוטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

|               |                  |
|---------------|------------------|
| שם העד לחתימה | מספר זהות<br>ס"ב |
|               |                  |

13

**פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל**

הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה  
 מקום הפגיעה: \_\_\_\_\_ שעת הפגיעה \_\_\_\_\_

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: \_\_\_\_\_

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל?  לא  כן בדרך כלל מועסק ב: \_\_\_\_\_

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה?  לא  כן 1. שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
 2. שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

|                   |                        |                                    |        |
|-------------------|------------------------|------------------------------------|--------|
| תפקיד הנפגע במפעל | מטרת יציאתו מחוץ למפעל | שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת | תפקידו |
| שעת היציאה        | שעת החזרה הצפויה       |                                    |        |

פגיעה בדרך לעבודה  
 באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? \_\_\_\_\_ איזו משמרת? \_\_\_\_\_ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? \_\_\_\_\_

פגיעה בדרך הביתה  
 באיזו שעה סיים את העבודה? \_\_\_\_\_ האם סיים בשעה הקבועה?  כן  לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: \_\_\_\_\_ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו: \_\_\_\_\_

14

**פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה**

| שם המפעל / המעסיק  | מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי  |                          |                              |  |      |        |           |   |    |    |    |    |    |
|--|--|--------------------------|------------------------------|--|------|--------|-----------|---|----|----|----|----|----|
| <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td> </tr> </table> |  | 1                        | 2                            | 3  | 4    | 5      | 6         | 7 | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 |
| 1  | 2  | 3                        | 4                            | 5  | 6    | 7      | 8         | 9 | 10 | 11 | 12 |    |    |
| תאריך תחילת עבודה: _____   | מעמד העובד: <input type="checkbox"/> קבוע <input type="checkbox"/> ארעי <input type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> חודשי | היקף המשרה ב-%: _____    | מספר ימי העבודה בשבוע: _____ |  |      |        |           |   |    |    |    |    |    |
| החודש, כולל חודש הפסקת העבודה  | מס' הימים בעבורם שולם השכר   | העובד הוא                |                              | תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו | סכום | לתקופה | שם התשלום |   |    |    |    |    |    |
|  |  | יומי                     | חודשי                        |  |      |        |           |   |    |    |    |    |    |
| חודש   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |  |      |        |           |   |    |    |    |    |    |
| חודש   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |  |      |        |           |   |    |    |    |    |    |
| חודש   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |  |      |        |           |   |    |    |    |    |    |
| חודש   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |  |      |        |           |   |    |    |    |    |    |

15

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

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

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

לא,  העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

לא נצברו ימי מחלה

אחר \_\_\_\_\_

העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה \_\_\_\_\_

(שם הקרן)

**הצהרת המעסיק**

16

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 \* \_\_\_\_\_

17

**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)





המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

חותמת קבלה

פרטים אישיים

1

|   |      |          |  |  |  |  |  |  |  |  |     |      |     |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>תאריך הפגיעה</p> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">יום</td> <td style="border: none; text-align: center;">חודש</td> <td style="border: none; text-align: center;">שנה</td> <td colspan="7" style="border: none;"></td> </tr> </table> |      |          |  |  |  |  |  |  |  |  | יום | חודש | שנה |  |  |  |  |  |  |  |  | <p>מספר זהות/דרכון</p> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; text-align: center;"> </td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <p>קוד גמלה</p> <p style="font-size: 24px;">60</p> |
|   |      |          |  |  |  |  |  |  |  |  |     |      |     |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| יום   | חודש | שנה      |  |  |  |  |  |  |  |  |     |      |     |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |      |          |  |  |  |  |  |  |  |  |     |      |     |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| שם פרטי   |      | שם משפחה |  |  |  |  |  |  |  |  |     |      |     |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>חבר בקופת חולים</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית                   <input type="checkbox"/> מאוחדת                   <input type="checkbox"/> מכבי                   <input type="checkbox"/> לאומית                   <input type="checkbox"/> אחר _____             </p>   |      |          |  |  |  |  |  |  |  |  |     |      |     |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

הצהרה

2

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 ✕ \_\_\_\_\_