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 – חובה לצרף צילום תעודת זהות, היתר העסקה משירות התעסוקה, ואישור על פרטי חשבון בנק המתנהל על שמך.
- בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.
- במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופסות.
- **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 בל73: " ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- קורונה – יש לצרף הפניה לבדיקה ותוצאות בדיקת קורונה ראשונה, אישור מהמעסיק על סבירות גבוהה להדבקה במקום העבודה ופרטי ממונה הקורונה במקום העבודה.

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 6-7 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 ..

נא ציין את מספר תעודת זהות_____

חותמת קבלה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך **0 1**

דפים

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

❑ 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) ס"ב

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		_____@_____

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב

❑ 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.

<u>מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים</u>

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

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

<u>שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית</u>

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ❑ לא ❑ כן, פרט: _____

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ❑ לא ❑ כן, פרט: _____

<u>עצמאי</u> (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)

שם העסק	סוג העיסוק

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס

2א' פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

❑ צה"ל ❑ משמר הכנסת ❑ שב"ס

❑ משא"ז ❑ משטרה ❑ אחר _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

❑ כן ❑ לא

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

3 פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה (שנה חודש יום)	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה

היכן אירעה הפגיעה?

<u>במהלך העבודה</u>: ❑במפעל/בעסק ❑ בדרך לעבודה _____

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

❑מחוץ למפעל ❑ בדרך לביתך _____

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

❑ תאונה בבניין

<u>בתאונות בדרך</u>: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____

_____

<u>תיאור הפגיעה</u>: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט _____

_____

האם נכחו עדים בתאונה?: ❑ לא ❑ כן , פרט:

שם	כתובת	מספר טלפון	❑ חבר לעבודה ❑ מכר ❑ אחר
שם	כתובת	מספר טלפון	❑ חבר לעבודה ❑ מכר ❑ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה (שנה חודש יום)	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון

4 פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת 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 / מחלקה
שנה חודש יום שעה		

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ❑ לא ❑ כן, פרט ממה סבלת ומתי

_____

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטים

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל	טלפון המרפאה

5 סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ❑ לא ❑ כן

הגוף המייצג או המסייע: ❑ עורך דין ❑ חברת מימוש זכויות ❑ יד מכוונת ❑ בית חולים ❑ עמותה ❑ אחר _____

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 לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון

6 פרטים על תאונה

סוג התאונה

❑ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.

❑ נפילה ממקום גבוה ❑ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ❑ התחשמלות

❑ תקיפה ❑ פגיעה מבעל חיים ❑ אחר _____

❑ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____

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 האירוע? ❑ לא ❑ כן, נא לצרף

התביעה הוגשה בבית המשפט ❑ השלום ❑ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

7 פירוט העיסוקים

<u>לפני הפגיעה</u>

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:

א. ❑ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.

ב. ❑ הכנסתי נפגעה מהסיבה:

❑ מחלה ❑ חופשה ❑ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

<u>לאחר הפגיעה</u>

❑ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה	מתאריך שנה חודש יום	עד תאריך שנה חודש יום
❑ שהיתי בעסק / בעבודתי	מתאריך שנה חודש יום	עד תאריך שנה חודש יום
	משעה	עד שעה
	מתאריך שנה חודש יום	עד תאריך שנה חודש יום
	משעה	עד שעה

❑ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ❑ טרם חזרתי לעבודה ❑ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו :

❑ משעה_____ עד שעה: _____

❑ עבודה במשמרות

8 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) _____

_____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

_____

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה ✘_____

9 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

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

❑ עיוור/ נכה 100% ❑ פטור חלקי

11 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 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 מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

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 אם תאושר תביעתי לדמי פגיע 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.

תאריך_____ חתימת התובע ✘_____

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		_____@_____

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

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה _____ ת.ז _____

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

1 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	

☐ תאונה בבניין: שם האתר _____שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע_____

☐ **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 _____

2 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		☐	☐				

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט_____

☐ 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 _____

שוגר טופס 100 : ☐ כן ☐ לא שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

דואר אלקטרוני: _____@_____

חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____

3 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)

4 הצהרת המעסיק

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 ✘_____

5 פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

❑ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

<u>מעסיק מורשה לפי תקנה 22:</u>

❑ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____
ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

❑ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

<u>מעסיק מאושר לפי סעיף 343:</u>

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

<u>קיבוץ:</u>

❑ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

❑ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת ✘_____
(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

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 ✖ _____