



## תביעה לתשלום דמי תאונה (טופס זה אינו משמש למקרה של תביעה בגין פגיעה בעבודה)

### חובה לצרף לטופס זה

- ☞ תעודה רפואית ראשונית לנפגע/ת בתאונה (מקור בלבד), ראה נספח ב' לטופס, חתומה ע"י רופא.
- ☞ מסמכים רפואיים נוספים בקשר לתאונה ולטיפול הרפואי, כגון: דו"ח מד"א, דו"ח חדר מיון, סיכום מחלה מבית חולים או כל מסמך אחר המעיד על הנזק הרפואי שנגרם לך כתוצאה מהתאונה.
- ☞ **אם הינך שכיר/ה:** אישור על מספר ימי המחלה שעמדו לזכותך ביום התאונה ממעבידך, או מקרן ימי מחלה, ממבטחים או מקופות אחרות.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה, ולחתום בכל מקום המיועד לכך (כולל בנספח א' - ויתור על סודיות רפואית).
- ☞ בתביעה של עובד/ת שכיר/ה, יש לוודא כי המעביד ימלא את החלק המיועד לו ויחתום עליו.
- ☞ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון 6050\* או 12226050.
- ☞ **חובה להגיש את התביעה תוך 90 ימים מתאריך התאונה.** המוסד יהיה רשאי לדחות תביעה שהוגשה באיחור.
- ☞ לפרטים נוספים ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
תביעה לתשלום  
דמי תאונה

חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

עמוד 1 מתוך 6

מס' זהות / דרכון	פיצול
סוג המסמך	דפים

פרטי הנפגעת

1

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה שנה חודש יום	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	בן זוג <input type="checkbox"/> עובד <input type="checkbox"/> לא עובד
מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה בציבור		
מעמדך ביום התאונה: <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> עקרת בית <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> אחר: _____		
<b>כתובת</b>		
רחוב	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
<input type="checkbox"/> אני מאשר/ת קבלת הודעות SMS		

פרטי מקום העבודה

2

שם מעסיק/ מפעל/ מקום עבודה	תפקיד התובע/ת במקום העבודה	טלפון קווי
רחוב	מס' בית	יישוב
מיקוד	טלפון נייד / פקס	דואר אלקטרוני
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעביד: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____		
<b>עצמאית</b>		
שם העסק	סוג העיסוק	טלפון קווי
רחוב	מס' בית	יישוב
מיקוד	טלפון נייד / פקס	

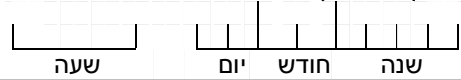
**פרטי התאונה**

**3**

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת התאונה	היום בשבוע	תאריך התאונה
				
תאור הפגיעה: במה התעסקת בעת התאונה? כיצד נגרמה התאונה?				
מקום התאונה: <input type="checkbox"/> בישראל <input type="checkbox"/> בחו"ל, פרט _____				
שמות העדים לתאונה: <input type="checkbox"/> לא נכחו עדים <input type="checkbox"/> כן נכחו עדים: _____				
שם <input type="checkbox"/> כתובת		<input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר		
שם <input type="checkbox"/> כתובת		<input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר		
האם מדובר בתאונות דרכים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן, נא למלא חלק 5 בעמוד הבא.				


**טיפול רפואי**

**4**

מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	האיבר שנפגע
שם בית החולים והמחלקה (*)	תקופת אשפוז	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה
		
*נא לצרף סיכום מחלה		
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		
אם כן, פרט: _____		
שם המרפאה בה אתה מקבל טיפול רפואי בדרך כלל	שם רופא המשפחה	קופת חולים בה הנך חבר

**פרטים משלימים**

**5**

מספר התיק שנפתח במשטרה (*)	לתחנת משטרה ב-	האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה?
		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____
שם חברת הביטוח		*נא לצרף אישור
		האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח?
		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____
שם עורך הדין שלך		האם הגשת או הנך עומד להגיש תביעה לנזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לתאונה?
		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____
מס' הטלפון של עורך הדין		נגד
		כתובת עורך הדין
לאיזו מטרה	לאן	האם יצאת את גבולות המדינה בתקופת אי הכושר?
		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____

**פירוט העיסוקים**

**6**

לפני התאונה

לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: \_\_\_\_\_  
**\*נא לצרף אישורים מתאימים**

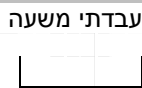
עבדתי בחודשים: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
**\*נא לפרט את החודשים ולצרף אישורים או תלושי שכר לחודשים הנ"ל**

אחרי התאונה

טרם חזרתי לעבודה כתוצאה מהתאונה



לא עבדתי כלל כתוצאה מהתאונה



חזרתי לעבודה חלקית



חזרתי לעבודה מלאה

**פרטי חשבון הבנק של התובע/ת**

**7**

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי, בקשר לתביעתי זו, אבקש להעבירו לזכות חשבוני דלהלן:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מספר סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי:  אני מבקש להעביר את התשלום לחשבון  פרטי  קיבוץ

אני השותף/ה לחשבון הבנק של ת.ז. \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב/ת להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, עבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב/ת להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימתם על טופס עדכון חשבון.

אני מסכים/ה שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

אני מסכים/ה שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך \_\_\_\_\_ שם השותף \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

**הצהרה**

**8**


אני החתום/ה מטה תובע/ת גמלה לתשלום דמי תאונה, מצהיר/ה בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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 זכותי לגמלה או על יצירת חוב ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי תוך 30 יום.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע/ת / מקבל / ת הגמלה או מגיש התביעה **x** \_\_\_\_\_

**למילוי ע"י המעסיק אם התובעת/עובדת שכירה**

<b>I פרטים על המעסיק</b>	
מס' טלפון	שם המעסיק
	מספר תיק ניכויים

<b>II פרטים על השכר</b>									
בפרטי השכר יש לכלול את כל רכיבי השכר. את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו יש לפרט גם בטור נפרד.									
שם התשלום	לתקופה	סכום	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	העובד הוא		מס' ימים עברום שולם השכר	מס' ימי העבודה שבוע	היקף משרה %	החודש, כולל חודש הפסקת העבודה
				יומי	חודשי				
			שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	<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"/>				חודש

תאריך התחלת העסקת העובד: \_\_\_\_\_ מעמד העובד:  קבוע  ארעי

העובד/ת נעדר/ת מהעבודה בחודשים הנ"ל בתקופות \_\_\_\_\_ מהסיבה \_\_\_\_\_

העובד/ת ממשיך/ה להימנות על עובדי המפעל  כן  לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך \_\_\_\_\_

העובד/ת שבה לעבודה, לאחר התאונה, ביום \_\_\_\_\_

העובד/ת לא שבה עדיין לעבודה.

<b>III פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעביד/קרן דמי מחלה</b>	
האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעביד - נכון ליום התאונה?	
<input type="checkbox"/>	כן, יש לציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום התאונה: _____ ימים.
<input type="checkbox"/>	האם שילמת לעובד עבור תקופת ההיעדרות בגין התאונה הנ"ל? אם כן, יש לציין לאיזו תקופה: _____ מיום _____ עד יום _____, סה"כ _____ ימים.
<input type="checkbox"/>	לא, <input type="checkbox"/> העובד/ת ניצל את כל הימים העומדים לזכותו/ה <input type="checkbox"/> לא נצברו ימי מחלה <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	העובד/ת זכאי/ת לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה _____ שם הקרן _____
<input type="checkbox"/>	אחר _____

<b>IV הצהרת המעביד</b>	
<p><b>הצהרה:</b> אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שנמסרו על ידי העובד ועל ידיו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל: (נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, לגבי התאונה).</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>כן אנו מאשרים כי התובעת/הועסק כעובד/ת במפעל / במקום העבודה בזמן התאונה.</p> <p>תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה <b>x</b> _____</p>	

**ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_  
 הגר ב \_\_\_\_\_

מבקש/ת בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

**ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_  
 הגר ב \_\_\_\_\_

מבקש/ת בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

**ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_  
 הגר ב \_\_\_\_\_

מבקש/ת בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

**ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

\_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, מספר זהות: \_\_\_\_\_ חבר קופ"ח \_\_\_\_\_  
 הגר ב \_\_\_\_\_

מבקש/ת בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

**נספח ב'**

**תעודה רפואית ראשונה לנפגע/ת בתאונה**

עמוד 6 מתוך 6

קופת חולים \_\_\_\_\_  
מחוז \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_

פרטי הנפגע/ת <b>I</b>					
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	שם האם		
תאריך לידה	מספר זהות				
שנה	חודש	יום	ס"ב		
כתובת					
רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
תאריך תאונה	מקום התאונה		שעת התאונה		
שנה	חודש	יום			
הגיע לטיפולו בעקבות התאונה בתאריך	בשעה		מעמד ביום התאונה:		
שנה	חודש	יום	<input type="checkbox"/> עובד שכיר	<input type="checkbox"/> עובד עצמאי	<input type="checkbox"/> עקרת בית
			<input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____		

למילוי ע"י הרופא <b>II</b>	
מקצוע / משלח יד	_____
תאור התאונה לפי דברי הנפגע	_____
פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול	_____
הממצא הקליני	_____
צילומי רנטגן נעשו במכון _____ ביום _____ הממצא _____	_____
האבחנה	_____
הטיפול שניתן על ידנו	_____
הערות ופרטים נוספים	_____
<input type="checkbox"/> עובד/ת שכיר/ה ועובד/ת עצמאי/ת	_____
לדעתי אינו/ה מסוגלת/ל לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה מתאימה אחרת במשך _____ ימים; היינו מיום _____ עד יום _____ בכלל כתוצאה מהתאונה.	_____
<input type="checkbox"/> עקרת בית	_____
כתוצאה מהתאונה אינו/ה מסוגלת/ל לעבודות משק הבית במשך _____ ימים; היינו מיום _____ עד יום _____ בכלל.	_____
<input type="checkbox"/> אינו/ה עובד/ת ואינו/ה עובד/ת עצמאי/ת	_____
כתוצאה מהתאונה עליו/ה להיות מאושפז/ת ו/או מרותק/ת לביתו/ה במשך _____ ימים; היינו מיום _____ עד יום _____ בכלל.	_____
תאריך מתן התעודה	_____
שם הרופא החותם	_____
חתימת הרופא / השירות הרפואי המוסמך	_____