



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

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ תעודה רפואית ראשונית לנפגע 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:** 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 שכיר, 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 04-8812345.
- ☞ **חובה להגיש את התביעה תוך 90 ימים מתאריך התאונה.** המוסד יהיה רשאי לדחות תביעה שהוגשה באיחור.
- ☞ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי 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

<table border="1"> <tr> <td>מס' זהות / דרכון</td> <td>פיצול</td> </tr> <tr> <td>סוג המסמך</td> <td>דפים</td> </tr> </table>	מס' זהות / דרכון	פיצול	סוג המסמך	דפים	<table border="1"> <tr> <td>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</td> </tr> </table>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
מס' זהות / דרכון	פיצול					
סוג המסמך	דפים					
לשימוש פנימי בלבד (סריקה)						

פרטי הנפגע

1

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	תאריך לידה שנה חודש יום	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: _____		

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

פרטי מקום העבודה

2

שכיר

שם מעסיק/ מפעל/ מקום עבודה	תפקיד התובע במקום העבודה	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעביד: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____		

עצמאי

שם העסק	סוג העיסוק	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעביד: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____		

פרטי התאונה

3

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת התאונה	היום בשבוע	תאריך התאונה						
				<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								
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"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>		כתובת _____								
שם <input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>		כתובת _____								
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 <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> <td>שעה</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום	שעה				
שנה	חודש	יום	שעה							
*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		האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____
שם עורך הדין שלך	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	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

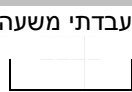
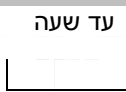
לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: _____
*נא לצרף אישורים מתאימים

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

7

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 השותף לחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך _____ חתימת מקבל התשלום _____ חתימת/חתימות השותפים לחשבון _____

הצהרה

8

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

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה 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.

תאריך _____ חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה _____

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר

פרטים על המעסיק		I
מספר תיק ניכויים	שם המעסיק	
מס' טלפון		

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

תאריך התחלת העסקת העובד: _____ מעמד העובד: קבוע ארעי

העובד נעדר מהעבודה בחודשים הנ"ל בתקופות _____ מהסיבה _____

העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל כן לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך _____

העובד שב לעבודה, לאחר התאונה, ביום _____

העובד לא שב עדיין לעבודה.

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעביד/קרן דמי מחלה		III
האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעביד - נכון ליום התאונה?		
כן, יש לציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום התאונה: _____ ימים.		<input type="checkbox"/>
האם שילמת לעובד בעבור 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 ניצל את כל הימים העומדים לזכותו <input type="checkbox"/> לא נצברו ימי מחלה <input type="checkbox"/> העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה _____ <input type="checkbox"/> אחר _____ שם הקרן _____		

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

ויתור על סודיות רפואית המוסד לביטוח לאומי

לכבוד

_____ סניף _____ תאריך _____

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

מבקש 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 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 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 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 בתאונה

עמוד 6 מתוך 6

קופת חולים _____
מחוז _____ סניף _____

פרטי הנפגע

I

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין
			שנה חודש יום	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

שעת התאונה	מקום התאונה	תאריך תאונה
		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: _____

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

למילוי ע"י הרופא

II

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 _____

עובד שכיר ועובד עצמאי

לדעתי אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת במשך _____ ימים; היינו מיום _____ עד יום _____ בכלל כתוצאה מהתאונה.

עקר בית

כתוצאה מהתאונה אינו מסוגל לעבודות משק הבית במשך _____ ימים; היינו מיום _____ עד יום _____ בכלל.

אינו עובד ואינו עובד עצמאי

כתוצאה מהתאונה עליו להיות מאושפז ו/או מרותק לביתו במשך _____ ימים; היינו מיום _____ עד יום _____ בכלל.

x

תאריך מתן התעודה _____ שם הרופא החותם _____ חתימת הרופא / השירות הרפואי המוסמך _____