



## 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 א' לטופס, חתומה ע"י רופא.
- ☞ מסמכים רפואיים נוספים בקשר לתאונה ולטיפול הרפואי, כגון: דוח מד"א, דוח חדר מיון, סיכום מחלה מבית חולים או כל מסמך אחר המעיד על הנזק הרפואי שנגרם לך כתוצאה מהתאונה.
- ☞ **אם אתה 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 לפי הנדרש 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 לסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.
- ☞ **חובה להגיש את התביעה בתוך 90 ימים מתאריך התאונה.** המוסד יהיה רשאי לדחות תביעה שהוגשה באיחור.
- ☞ מידע נוסף אפשר למצוא 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  
 דמי תאונה  
**תביעה לתשלום**  
**דמי תאונה**

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
מס' זהות / דרכון פיצול סוג המסמך דפים	

**1 פרטי הנפגע**

1

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

**2 פרטי מקום העבודה**

2

שם מעסיק/ מפעל/ מקום עבודה	תפקיד התובע במקום העבודה	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	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>עצמאי</b>		
שם העסק	סוג העיסוק	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב
מיקוד	טלפון נייד / פקס	0

**פרטי התאונה**

**3**

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת התאונה	היום בשבוע	תאריך התאונה שנה חודש יום
תיאור הפגיעה: במה עסקת 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 <input type="checkbox"/>		שם <input type="checkbox"/> כתובת <input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>		
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 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		
שם המרפאה שבה אתה מקבל טיפול רפואי בדרך כלל	שם רופא המשפחה	קופת חולים שאתה חבר בה

**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	שם עורך הדין שלך	האם הגשת או אתה 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	נגד
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 בחשבון 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 בחשבון הבנק 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, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מקבל התשלום \_\_\_\_\_ חתימת/חתימות השותפים לחשבון \_\_\_\_\_

**הצהרה**

**8**

אני החתום מטה תובע גמלה לתשלום דמי תאונה, מצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה 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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה \_\_\_\_\_

נא למלא מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_  
**למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר**

**I פרטים על המעסיק**

מס' טלפון	מספר תיק ניכויים	שם המעסיק
0		

**II פרטים על השכר**

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
		חודשי	יומי				
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 ההתחלתה של העסקת העובד: \_\_\_\_\_ מעמד העובד:  קבוע  ארעי

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

העובד ממשיך להימנות עם עובדי המפעל  כן  לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך \_\_\_\_\_

העובד שב לעבודה, לאחר התאונה, ביום \_\_\_\_\_

העובד לא שב עדיין לעבודה.

**III פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעביד או מקרן דמי מחלה**

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה מהמעביד - נכון ליום התאונה?

כן, יש לציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום התאונה: \_\_\_\_\_ ימים.

האם שילמת לעובד בעבור תקופת ההיעדרות בגין התאונה הנ"ל? אם כן, יש לציין לאיזו תקופה:

מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_, סה"כ \_\_\_\_\_ ימים.

לא,  העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

לא נצברו ימי מחלה

העובד זכאי לתשלום דמי מחלה מהקרן לדמי מחלה \_\_\_\_\_

אחר \_\_\_\_\_ שם הקרן \_\_\_\_\_

**IV הצהרת המעביד**

**הצהרה:** אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שמסר העובד ושמסרנו אנו בטופס התביעה נכונים לפי מיטב ידיעתנו, להוציא: (נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בדבר התאונה).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

כן אנו מאשרים, כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן התאונה.

תאריך \_\_\_\_\_ תפקיד החותם \_\_\_\_\_ שם החותם \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת



נא למלא מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_

**נספח א'**

**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
דמי תאונה

**תעודה רפואית ראשונה לנפגע בתאונה**

עמוד 5 מתוך 6

קופת חולים _____
מחוז _____ סניף _____

**פרטי הנפגע**

**I**

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ב"0	תאריך לידה שנה חודש יום	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
מיקוד				
תאריך תאונה שנה חודש יום	מקום התאונה			
שעת התאונה				
הגיע לטיפולו בעקבות התאונה בתאריך שנה חודש יום	בשעה	מעמד ביום התאונה: <input type="checkbox"/> עובד שכיר <input type="checkbox"/> עובד עצמאי <input type="checkbox"/> עקרת בית <input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____		
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)</b>				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
מיקוד				

**למילוי ע"י הרופא**

**II**

מקצוע / משלח יד \_\_\_\_\_

תיאור התאונה לפי דברי הנפגע \_\_\_\_\_

פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול \_\_\_\_\_

הממצא הקליני \_\_\_\_\_

צילומי רנטגן נעשו במכון \_\_\_\_\_ ביום \_\_\_\_\_ הממצא \_\_\_\_\_

האבחנה \_\_\_\_\_

הטיפול שנתנו לנפגע \_\_\_\_\_

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.

**עקרת בית**  
 כתוצאה מהתאונה אינה מסוגלת לעבודות משק הבית במשך \_\_\_\_\_ ימים; היינו מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_ בכלל.

**אינו עובד ואינו עובד עצמאי**  
 כתוצאה מהתאונה עליו להיות מאושפז או מרותק לביתו במשך \_\_\_\_\_ ימים; היינו מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_ בכלל.

תאריך מתן התעודה \_\_\_\_\_ שם הרופא החותם \_\_\_\_\_ חתימת הרופא / השירות הרפואי המוסמך \_\_\_\_\_

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
דמי תאונה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי תאונה

פרטים אישיים

1

<p>תאריך תאונה</p> <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					<p>מספר זהות/דרכון</p> <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>															<p>קוד גמלה</p> <p>50</p>
שנה	חודש	יום																					
<p>שם פרטי</p>		<p>שם משפחה</p>																					
<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, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שנתי לך, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח ✕ \_\_\_\_\_