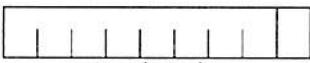


עמוד 1 מתוך 7

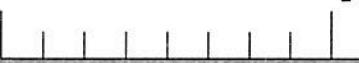
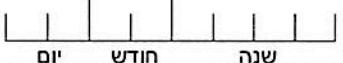
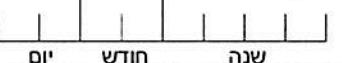
| | | |
|--|-------------------------------------|-------------------|
|  מספר זהות / דרכון | לשימוש פנימי בלבד (סריוקה) | חותמת קבלה |
| סוג המספר 0 1 | דפים | |

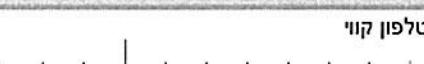
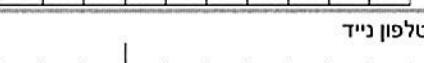
המוסד לביטוח לאומי
מינימל הגלומות
פגיעה בעבודה



**תביעה למחלות מקצוע או ליקוי
רפואי עקב תנאי עבודה**

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> מתנדב | <input type="checkbox"/> מחלת מקצוע, פרט _____ <input type="checkbox"/> ליקוי רפואי, פרט _____ |
| <input type="checkbox"/> ההכרה מקצועית <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ או מושב שיתופי | |

| | | |
|---|--|--|
| פרטי התובע | | 1 |
| מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) ס"ב  | שם פרטי | שם משפחה |
| תאריך עליה | תאריך לידיה | מספר אישי בצה"ל |
|  יום חודש שנה |  יום חודש שנה | |
| מצבי משפחתי: <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פחד/ה <input type="checkbox"/> נשי/אה <input type="checkbox"/> גירוש/ה <input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור | | |
| כתובת (הרשמה במשרד הפנים) | | |
| רחוב / תא דואר | מיקוד | מיקוד |
| יישוב | כניסה | כניסה |
| דירה | מס' בית | מס' בית |
| טלפון נייד | טלפון קווי | |
| <input type="checkbox"/> אני מאשר קיבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____ @ _____ | | <input type="checkbox"/> אני מאשר קיבלת הודעות SMS |
| מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה לעיל) | | |
| רחוב / תא דואר | מיקוד | מיקוד |
| יישוב | כניסה | כניסה |
| דירה | מס' בית | מס' בית |

| | | |
|---|--------------------------|-----------------|
| פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 2א' | | 2 |
| שכיר/מתנדב/הכרה מקצועית | | |
| טלפון קווי | תפקיד התובע במקום העבודה | שם עסק/ק.מ/פעול |
|  | | |
| טלפון נייד | | |
|  | | |
| מ.פ.קו | | |
| האם אתה אחד מבני החברה/בעל שליטה בחברה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ | | |
| האם יש לך משלחת/ቤן לבני המעסק: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ | | |
| עצמאי | | |
| טלפון קווי | סוג העיסוק | שם העסק |
|  | | |
| טלפון נייד | | |
|  | | |
| מ.פ.קו | מיקוד | מיקוד |
| יישוב | כניסה | כניסה |
| דירה | מס' בית | מס' בית |
| רחוב / תא דואר | מיקוד | מיקוד |

'x2

| <input type="checkbox"/> טלפון קווי  <input type="checkbox"/> טלפון נייד  <input type="checkbox"/> מושך פקס  | מקום השירות <input type="checkbox"/> צה"ל <input type="checkbox"/> משמר הכנסת <input type="checkbox"/> שב"ס <input type="checkbox"/> משא"ז <input type="checkbox"/> אחר משטרה <input type="checkbox"/> רחוב/תא דואר | | | | | | | | |
|--|---|----------|------|-------|--|--|--|--|--|
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">מספר בית</th> <th style="width: 25%;">ישוב</th> <th style="width: 25%;">מיקוד</th> <th style="width: 25%;"> </th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | מספר בית | ישוב | מיקוד | | | | | |
| מספר בית | ישוב | מיקוד | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| תאריך כניסה לשירות קבוע _____ תאריך סיום שירות קבוע _____ אם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה. | | | | | | | | | |

פרטים על המחלה או הליווי הרפואי

3

| | | | | | | |
|---|---------------------------|---|-----|------|-----|--|
| <p>יש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על אבחון המחלת או הליקוי הרפואי, כמו: תוצאות בדיקות עיר, סיכום רפואי, פעמה הדמיה וכך'</p> | <p>שם המחלת או הליקוי</p> | <p>תאריך הופעת המחלת</p> | | | | |
| | | <table border="1" style="margin-left: auto;"> <tr> <td style="width: 25%;">שנה</td> <td style="width: 25%;">חודש</td> <td style="width: 25%;">יום</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> | שנה | חודש | יום | |
| שנה | חודש | יום | | | | |
| <p>נא תאר ופרט מהם תנאי עובודתך שגרמו להתרפותות המחלת או הליקוי הרפואי</p> <hr/> <hr/> <hr/> | | | | | | |
| <p>אם עובודתך כרוכה בחשיפה לחומרים ובנסיבות דפי מידע על חומרים אלה, נא צרף אותם האם בוצעו בדיקות נוספת סביבתיות במקום עובודתך? <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, (אם ברשותך תוצאות הבדיקה, נא צרף אותן)</p> | | | | | | |
| <p>באלל תפקדים העוסקת במקום עובודתך, נא תאר את סוג העבודה (ניתן לצרף גליון נוסף)</p> | | | | | | |
| <p>התפקיד וסוג העבודה _____ תקופת העבודה _____</p> | | | | | | |
| <p>התפקיד וסוג העבודה _____ תקופת העבודה _____</p> | | | | | | |
| <p>התפקיד וסוג העבודה _____ תקופת העבודה _____</p> | | | | | | |
| <p>האם ידוע לך על עובדים נוספים שלוקו במחלת? <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:</p> | | | | | | |
| שם | כתובת | טלפון | | | | |
| שם | כתובת | טלפון | | | | |
| שם | כתובת | טלפון | | | | |
| <p>נא צין מקומות עבודה קודמים בהם עבדת, בישראל וב בחו"ל (ניתן לצרף גליון נוסף)</p> | | | | | | |
| מקום העבודה וסוג העבודה | התפקיד | תקופת העבודה | | | | |

מסירת הودעה למעסיק על המחלה או היליכו הרפואי

| שם מקבל הודעה | תפקיד | תאריך מסירת הודעה |
|---------------|-------|-------------------|
| | | שנה |
| | | חודש |
| | | |

עמוד 3 מתוך 7

4

| פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על הליקוי) | | תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה | | | |
|---|-------------|--|-----|------|-----|
| שם בית החולים / מחלקה | תקופת אשפוז | שעה | יום | חודש | שנה |
| | | | | | |
| האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או חמומים למצבך כיום? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, פרט _____ | | קופת חולים שבה אתה חבר | | | |
| | | <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> לאומיות <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> אחר _____ | | | |

| פרטי הרופאים המטפלים | | | |
|----------------------|--|---------------|----------|
| טלפון המרפאה | כתובת המרפאה שהה טיפולתי או אני מטופל | תחום המומחיות | שם הרופא |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

5

| פרטים על שירות צבאי | |
|---|--|
| האם שרתת בצה"ל? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, נא ציין את פרופיל הגיוס _____ | |
| האם התפתחו לך ים רפואיים רפואיים במהלך שירותך הצבאי, נא פרט _____ | |

6

| סיעוע בהגשת התביעה | |
|--|--|
| האם תביעת הוגש באמצעות גופו מסויע? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, | |
| הגוף מסויע: <input type="checkbox"/> ע"ד <input type="checkbox"/> חברת ימושך זכויות <input type="checkbox"/> יד מכונת <input type="checkbox"/> בית חולים | |
| שם הגוף המציג או הגוף: _____ | |

7

| פרטים על התביעה נגד צד ג' | |
|--|---------------------|
| האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג' בקשר למחלתו או הליקוי הרפואי? | |
| תביעת נגד _____ | שם הע"ד המטפל _____ |
| כתובתו _____ | |
| טלפון _____ | פקו _____ |
| דו"ר אלקטרוני _____ | |
| התביעת הוגש בבית המשפט <input type="checkbox"/> השלום <input type="checkbox"/> המחויז בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____ | |

8

פירוט העיסוקים

היעדרות מהעבודה לפני הופעת המחלת או הליקוי הרפואי

אם בשלושת החודשים שקדמו להופעת המחלת או הליקוי נעדרת מהעבודה, נא סמן את הסיבת:

 מחלת חופשה אחרת _____ * נא לצרף אישורים מתאימים קיבלה גמלא מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה,AMILAIIM, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלא _____ עבדתי אצל מעסיק אחר/גנוף * נא לצרף אישורים או תlösוי שכיר בשלושת החודשים הנ"ל

הצהרה על היעדרות מהעבודה כתוצאה מהמחלה או הליקוי הרפואי

| | | |
|----------|--------|--|
| עד תאריך | מתאריך | <input type="checkbox"/> לא עבדתי כלל כתוצאה מהמחלה או ליקוי הרפואי |
|----------|--------|--|



| | | | | | | | |
|---------|-----|----------|-----|----------|-----|--------|---|
| עד שעיה | משך | עד תאריך | משך | עד תאריך | משך | מתאריך | <input type="checkbox"/> חזרתי לעבודה מלאה בתאריך <input type="checkbox"/> לא נعدרתי מהעבודה |
|---------|-----|----------|-----|----------|-----|--------|---|

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> עבודה במשמרות | <input type="checkbox"/> שעות עבודה במשלח ידי או בעבודתי לפני המחלת או הליקוי הרפואי היו |
|---|--|

9

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מנויות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקודות בנק, צילומי המחות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבוצעת בפועל)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובות)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אנו מזהיר כי הנתונים שלhalb נכוונים
תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה ✕

עמוד 5 מתוך 7

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תבעה זו, אבקש להעבരה לחשבון שפרטיו רשומים מטה:

10

שמות בעלי החשבון

| שם הבנק | מספר חשבון | שם הסניף / כתובתו | מו' סניף | שם הסניף / כתובתו |
|---------|------------|-------------------|----------|-------------------|
| | | | | |

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אמי מבקש להעביר את התשלום: לחשבון הקיבוץ / המושב לחשבון הפרט
 אני מסכימים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מトークן חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כלו או חלקו שלם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושבי התשלומיים.
 אני מסכימים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורכי אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל /או עבר מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוצי לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. ליחילופין, ידווע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישת.

תאריך _____ חתימת מקבל התשלום ✕

11

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

 פטור חלק עיור/נכחה 100%

12

זהירות התובע/מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר bahwa כי כל הפרטים שמסורי בתביעה ובנכספיה הם נכונים ומלאים.
 ידווע לי, שמסורת פרטיהם לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביזען למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטיהם שיש להם חשיבות לעניין, דין קנס כספי או מאסר. ידווע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסורי בתביעה זו ובנכספיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לगמלה או על יצירתה חובה, ועל כן אמי מתחייב להודיע על כל שינוי במשך 30 ימים.
 כמו כן אמי מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך _____ חתימת התובע ✕

פרטי מגיש התביעה שאינם הנגוע

| שם פרטוי | שם משפחה | מספר זהות ס"ב | מספר זהות ס"ב | טלפון נייד | טלפון קווי | כתובת לרשות |
|--|---|--|---------------|------------|------------|-------------|
| | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> אמי מאשר קיבל מכתבים באינטרנט | <input type="checkbox"/> אמי מאשר קיבל הודעות SMS | <input checked="" type="checkbox"/> לא | | | | |
| דוואר אלקטרוני: | @ | | | | | |

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: יפי כח, צ אופטומפסות, פסק דין או יותר סודיות – יש לצרף לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

| שם העד לחתימה | מספר זהות ס"ב |
|---------------|---------------|
| | |

13

| פרטי שכיר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה – ימולא ע"י המעסק | | | |
|---|--|-----------------------------------|------------------------|
| שם המפעל / המעסק | | מספר תיק נכיים במועד לביטוח לאומי | |
| | | | |
| שם העובד: | <input type="checkbox"/> קבוע <input type="checkbox"/> ארעי <input type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> חדש | תקופת המשרה-% שבוע: | תאריך תחילת עבודה: |
| <input type="checkbox"/> אם בשלושת החודשים שקדמו למחלה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____ ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכיר עבור ימים אלה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | | | |
| בטבלה שלහן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החודש פערית, הפרשיים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים | | | |
| שקדמו להפסקת העבודה | | | |
| חודש, כולל חודש הפסקת העבודה | מספר שולם השכר | מספר ימי החישוב | העקב אחר דמי החישוב |
| חודש | | | שכר ברוטו החייב בדיוני |
| חודש | | | ביחס לחודש זה בש"ח |
| חודש | | | סכום לתקופה |
| חודש | | | שם התשלומים |
| <input type="checkbox"/> העובד שב לעבודה בתאריך _____ <input type="checkbox"/> העובד לא שב עדין לעבודה. <input type="checkbox"/> לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, העובד ממשיך להימנות על שעדי המפעל: _____ סיבת הפסקת העבודה: _____ שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעות המעסק מפיק תלושי שכיר _____ | | | |

הצהרת המעסק

14

אם החתום מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל:
 נא לפרט את ההסתיגויות, אם ישן, בנוגע הפגעה.

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגעה בעבודה

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת

פרטים משלימים למעסיק מורשה/ מאושר

15

העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

העובד נכלל בהרשאה ונעדר מהתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמו לו דמי פגעה כחוק.

העובד אינו כלל עם העובדים שבמקומות ניתנה הרשות לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)
גביען:

הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסק וחותמת
(נדרש רק במקרים של פרטיים משלימים)

עמוד 7 מתוך 7

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינון הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב יתור סודיות רפואי

שם הגמלאה: דמי פגעה

פרטים אישיים

1

| תאריך הפגיעה | מספר זהות/דרבן | קוד גמלאה |
|---------------------------------|----------------|-----------------------|
| יום חודש שנה | _____ | 60 |
| שם פרטי _____ שם משפחה _____ | | חבר בקופת חולים _____ |

כללית מאוחדת מכבי לאומי אחר _____

2 הצהרה

אני הח"מ, שפרטיו האישיים מופיעים בטופס זה, מזמין על הסודיות הרפואי ומקש בהזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כחוי, כל מידע בקשר למחלתי, מצב הרפואתי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידך או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕