



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

### מסמכים שחובה לצרף לטופס זה

- תעודת 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; **תושב שטחים** חובה לצרף צילום תעודת זיהוי והיתר העסקה משירות התעסוקה.
- מתנדב** – עליך לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- בתאונת דרכים** יש לצרף אישור מהמשטרה, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.
- במידה והתביעה מוגשת ע"י **אפוטרופוס** – יש לצרף צו אפוטרופסות.
- 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](http://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](http://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 וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון _____	מס' זהות איש קשר _____
סוג המסמך 0 1	דפים _____

**חותמת קבלה**

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה



**תביעה לתשלום דמי פגיעה  
והודעה על פגיעה בעבודה**

<input type="checkbox"/> מתנדב <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> תאונה בעבודה <input type="checkbox"/> מחלת מקצוע, פרט _____
<input type="checkbox"/> חבר קיבוץ או מושב שיתופי <input type="checkbox"/> הכשרה מקצועית	

**1 פרטי התובע**

1

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) _____	שם פרטי _____	שם משפחה _____
מס' זהות איש קשר _____	שם פרטי איש קשר _____	שם משפחה איש קשר _____
דואר אלקטרוני: _____@_____	טלפון נייד _____	טלפון קווי _____
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:		
מס' זהות איש קשר _____	שם פרטי איש קשר _____	שם משפחה איש קשר _____
<input type="checkbox"/> 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.		
<b>מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים</b>		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד

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

2

<b>שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית</b>		
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: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____		
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____		
<b>עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)</b>		
שם העסק _____		סוג העיסוק _____
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס

2'א

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

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה						
				<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								

היכן אירעה הפגיעה?

במהלך העבודה:  במפעל/בעסק

בדרך לעבודה \_\_\_\_\_  
(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

מחוץ למפעל

בדרך לביתך \_\_\_\_\_  
(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר \_\_\_\_\_

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט \_\_\_\_\_

האם נכחו עדים בתאונה?:  לא  כן, פרט:

שם	כתובת	מספר טלפון	<input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון	תאריך מסירת ההודעה						
			<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							

4

**פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)**

מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	האיבר שנפגע
שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה
		שנה   חודש   יום   שעה
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____		
פרטי הרופאים המטפלים		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל
		טלפון המרפאה

5

**סיוע בהגשת התביעה**

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע?  לא  כן

הגוף המסייע:  עו"ד  חברת מימוש זכויות  יד מכוונת  בית חולים  אחר \_\_\_\_\_

שם הגוף המייצג או המסייע: \_\_\_\_\_

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**

7

לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

מחלה  חופשה  אחרת \_\_\_\_\_ \* נא לצרף אישורים מתאימים

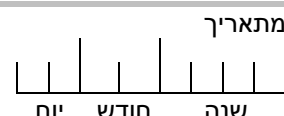
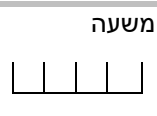
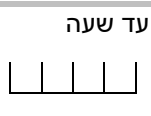
עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף \* נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

לאחר הפגיעה

לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה



שהיתי בעסק / בעבודתי



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

**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

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 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע ✕ \_\_\_\_\_

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ב"ס	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	

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

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_



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

**מעסיק מורשה לפי תקנה 22:**

העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

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

**מעסיק מאושר לפי סעיף 343:**

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

**קיבוץ:**

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**

**פרטים אישיים**

**1**

<p>תאריך הפגיעה</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">שנה</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">חודש</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">יום</td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום	<p>מספר זהות/דרכון</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table>											<p>קוד גמלה</p> <p style="font-size: 24px;">60</p>
שנה	חודש	יום													
שם פרטי	שם משפחה														
<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, 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 ✕ \_\_\_\_\_