



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 לך (כולל בנספח א' - ויתור על סודיות רפואית).
- ☞ בתביעה של עובד שכיר, יש לוודא, כי המעביד ימלא את החלק המיועד לו ויחתום עליו.
- ☞ **באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות האינטרנט במקום בדואר.** תישלח אליך הודעה במייל על שליחת מכתב, בו תוכל לצפות באופן בטוח בשירות האישי באתר המוסד לביטוח לאומי. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני.
- ☞ **באפשרותך למלא את טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליין (באופן מקוון) באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il**
- ☞ כמו כן, את טופס התביעה ניתן לשלוח בדואר, למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך או להכניס לתיבת השירות המוצבת מחוץ לסניף.
- ☞ אפשר להגיש תביעה ובה מסמכים נלווים גם באמצעות פקס, ואין חובה להגיש מסמכים מקוריים. עם זאת, המוסד יהיה רשאי לדרוש הצגה של מסמך מקורי, אם הצילום או הפקס שהתקבל אינו ברור, או מכל סיבה אחרת, לפי שיקול דעתו של פקיד התביעות.
- ☞ לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ☞ לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il
- ☞ **חובה להגיש את התביעה בתוך 90 ימים מתאריך התאונה.** המוסד יהיה רשאי לדחות תביעה שהוגשה באיחור.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
דמי תאונה

**תביעה לתשלום
דמי תאונה**

1

פרטי הנפגע

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

שם משפחה שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה שנה חודש יום	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור	בן זוג <input type="checkbox"/> עובד <input type="checkbox"/> לא עובד
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
טלפון קווי	טלפון נייד
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____@_____	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)	
רחוב / תא דואר	מס' בית

2

פרטי מקום העבודה

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

3

פרטי התאונה

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

4

טיפול רפואי

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/ שירות רפואי)
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים והמחלקה (*)
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: _____		
קופת חולים שאתה חבר בה	שם רופא המשפחה	שם המרפאה שבה אתה מקבל טיפול רפואי בדרך כלל

5

פרטים משלימים

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

6

פירוט העיסוקים

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

<p>עד תאריך</p>	<p>מתאריך</p>	
שנה חודש יום	שנה חודש יום	

חזרתי לעבודה חלקית

עד שעה	עבדתי משעה	עד תאריך	מתאריך
	שנה חודש יום	שנה חודש יום	

חזרתי לעבודה מלאה

<p>בתאריך</p>	
שנה חודש יום	

7

פרטי חשבון הבנק של התובע

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 להחתימתם 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.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/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.**

תאריך _____ חתימת מקבל התשלום * _____ חתימת השותפים לחשבון * _____

8

הצהרה

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 * _____

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר

I

פרטים על המעסיק

מס' טלפון	מספר תיק ניכויים	שם המעסיק
_____	_____	_____

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.

שם התשלום	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	העובד הוא		מס' ימי העבודה בשבוע	מס' ימים עבורם שולם השכר	היקף משרה %	החודש, כולל חודש הפסקת העבודה
	סכום	לתקופה		חודשי	יומי				
				<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 * _____



קופת חולים _____
 מחוז _____ סניף _____

נספח א'

המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות
 דמי תאונה

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בתאונה

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
תאריך תאונה	שעת התאונה	מקום התאונה	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: _____	
בשעה				
הגיע לטיפולו בעקבות התאונה בתאריך	שנה חודש יום			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב

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

1 פרטים אישיים

1

<p>תאריך תאונה</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="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: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>											<p>קוד גמלה</p> <p style="font-size: 24px;">50</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>																			

2 הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי 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 שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח * _____