



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.

חובה לחתום על טופס התביעה



נא למלא מספר תעודת זהות

עמוד 1 מתוך 6

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
דמי תאונה
תביעה לתשלום
דמי תאונה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון
פיצול
סוג המסמך
דפים

1

פרטי הנפגע

שם משפחה
שם פרטי
מספר זהות
תאריך לידה
מצב משפחתי
מעמדך ביום התאונה

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר
מס' בית
כניסה
דירה
יישוב
מיקוד
טלפון קווי
טלפון נייד
דואר אלקטרוני

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר
מס' בית
כניסה
דירה
יישוב
מיקוד

2

פרטי מקום העבודה

שכיר

שם מעסיק/ מפעל/ מקום עבודה
תפקיד התובע במקום העבודה
טלפון קווי
רחוב / תא דואר
מס' בית
יישוב
מיקוד
טלפון נייד / פקס
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעביד:
לא כן, פרט: _____

עצמאי

שם העסק
סוג העיסוק
טלפון קווי
רחוב / תא דואר
מס' בית
יישוב
מיקוד
טלפון נייד / פקס

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"/> 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 בתאונת 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	
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

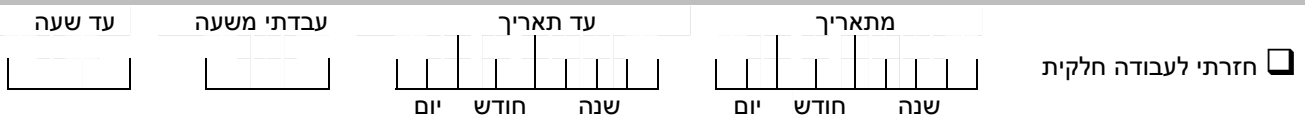
לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: _____
*נא לצרף אישורים מתאימים

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.

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	היקף המשרה % -	מס' ימים עבורם שולם השכר	מס' ימי העבודה שבוע	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו		
				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"/>				

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 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	שעה התאונה	מקום התאונה	שעת התאונה	
שנה חודש יום				
הגיע לטיפולו בעקבות התאונה בתאריך	בשעה	מעמד ביום התאונה:	עקרת בית <input type="checkbox"/>	
שנה חודש יום		עובד שכיר <input type="checkbox"/>	עובד עצמאי <input type="checkbox"/>	
		אחר, פרט: _____		
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 border="1"> <tr> <td style="width: 33%;">שנה</td> <td style="width: 33%;">חודש</td> <td style="width: 33%;">יום</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום					<p>מספר זהות/דרכון</p> <table border="1"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>							<p>קוד גמלה</p> <p style="font-size: 24px; text-align: center;">50</p>
שנה	חודש	יום													
שם פרטי		שם משפחה													
חבר בקופת חולים															
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____															

2 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 שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____