

נא ציין את מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_ ותאריך הפגיעה \_\_\_\_\_ עמוד 1 מתוך 8



**המוסד לביטוח לאומי**  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה  
**תביעה לתשלום דמי פגיעה**  
**והודעה על פגיעה בעבודה**

<table border="1"> <tr> <td>מס' זהות / דרכון</td> <td>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</td> </tr> <tr> <td> <table border="1"> <tr> <td>סוג המסמך</td> <td>דפים</td> </tr> <tr> <td>0   1</td> <td></td> </tr> </table> </td> <td></td> </tr> </table>	מס' זהות / דרכון	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	<table border="1"> <tr> <td>סוג המסמך</td> <td>דפים</td> </tr> <tr> <td>0   1</td> <td></td> </tr> </table>	סוג המסמך	דפים	0   1			<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p><b>חותמת קבלה</b></p> </div>
מס' זהות / דרכון	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)								
<table border="1"> <tr> <td>סוג המסמך</td> <td>דפים</td> </tr> <tr> <td>0   1</td> <td></td> </tr> </table>	סוג המסמך	דפים	0   1						
סוג המסמך	דפים								
0   1									

<input type="checkbox"/> תאונה בעבודה	<input type="checkbox"/> שכיר	<input type="checkbox"/> עצמאי
<input type="checkbox"/> מחלת מקצוע	<input type="checkbox"/> מתנדב	<input type="checkbox"/> הכשרה מקצועית

1 פרטי הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)																				
<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				<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				<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																				
שנה	חודש	יום																				
שנה	חודש	יום																				
מצב משפחתי																						
<input type="checkbox"/> רווקה	<input type="checkbox"/> אלמנה	<input type="checkbox"/> פרודה																				
<input type="checkbox"/> נשוי/אה	<input type="checkbox"/> גרושה	<input type="checkbox"/> ידועה/בציבור																				
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>																						
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה																				
דואר אלקטרוני	טלפון נייד	טלפון קווי																				
	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	0										<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	0									
0																						
0																						
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS																						
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>																						
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה																				
דירא	יישוב	מיקוד																				

2 פרטי מקום העבודה

שם מעסיק/ מפעל/ מקום עבודה	תפקיד התובע במקום העבודה	טלפון קווי																				
		<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	0																			
0																						
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב																				
מיקוד	טלפון נייד	מס' פקס																				
	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	0										<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	0									
0																						
0																						
האם הינך אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____																						
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעביד: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____																						
<b>עצמאי (אם הפגיעה ארעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)</b>																						
שם העסק	סוג העיסוק	טלפון קווי																				
		<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	0																			
0																						
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב																				
מיקוד	טלפון נייד																					
	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	0																				
0																						

**פרטי הפגיעה**

**3**

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

היכן קרתה הפגיעה?

במהלך העבודה:  במפעל/בעסק  בדרך לעבודה  (הכתובת בה אירעה הפגיעה)

מחוץ למפעל  בדרך לביתך  (הכתובת בה אירעה הפגיעה)

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

תאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף) \_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

שמות העדים לתאונה:  לא נכחו עדים  כן נכחו עדים, פרט: \_\_\_\_\_

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

האם מדובר בתאונת דרכים?  לא  כן, אם כן, נא למלא חלק 5 בעמוד הבא

**מסירת הודעה למעביד על הפגיעה**

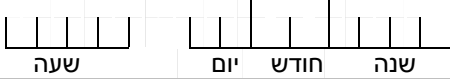
תאריך מסירת ההודעה	למי נמסרה ההודעה?	שם	תפקיד
			

אם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לנזיקין, אנא השב על שאלה 9 בחלק 5.

**פרטי טיפול רפואי (יש לצרף אישור על הפניה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)**

**4**

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)

שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה
		

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום?  לא  כן, פרט \_\_\_\_\_

קופת חולים בה הנך  כללית  לאומית  מכבי  מאוחדת

פרטי הרופאים המטפלים				
שם הרופא	תחום המומחיות	רופא קופת חולים המקבל הקופה במרפאת	רופא קופת חולים המקבל במרפאת פרטית	כתובת וטלפון המרפאה בה טופלתי/הנני מטופל
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**פרטים על תאונת דרכים**

**5**

מספר התיק במשטרה	התאונה טופלה ע"י תחנת משטרה ב-	האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, (אם כן, חובה לצרף דו"ח משטרה)	1
	<input type="checkbox"/> בדרך למקום מגוריך <input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/>	התאונה ארעה:	2
	<input type="checkbox"/> הולך רגל <input type="checkbox"/> נוסע ברכב <input type="checkbox"/> נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)	האם נפגעת בהיותך:	3
מספר רישוי	<input type="checkbox"/> רכב <input type="checkbox"/> מלגזה <input type="checkbox"/> טרקטור <input type="checkbox"/> אופנוע <input type="checkbox"/> מונית <input type="checkbox"/> אחר	סוג הרכב המעורב בתאונה:	4
	*לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב.		
	אם הרכב בבעלות חברת השכרה/ לייסינג, נא לצרף עותק מההסכם.	בעלות הרכב:	5
מספר זהות / דרכון ס"ב	שם ומשפחה	פרטי הנהג	6
מספר זהות / דרכון ס"ב	שם ומשפחה		
מספר זהות / דרכון ס"ב	שם ומשפחה		
		נוסעים נוספים ברכב:	
מס' פוליסה	שם חברת הביטוח	האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח	7
	<input type="checkbox"/> התחשמלות <input type="checkbox"/> נפילה ממקום גבוה <input type="checkbox"/> נפילה במדרגות/מדרכה פגומה <input type="checkbox"/> תקיפה <input type="checkbox"/> נשיכה מכלב <input type="checkbox"/> אחר	סוג התאונה בניזיקין	8
	האם הגשת או הנך עומד להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לתאונה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ נגד _____ שם עו"ד המטפל _____ כתובת העו"ד _____ מס' טלפון _____ מס' פקס _____		9

**פירוט העיסוקים**

**6**

**לפני הפגיעה**

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

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

קבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה \_\_\_\_\_

עבדתי אצל מעבידים נוספים \* **נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל**

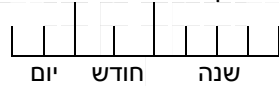
**אחרי הפגיעה**

טרם חזרתי לעבודה

עד תאריך



מתאריך

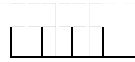


לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

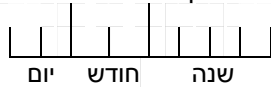
עד שעה



משעה



עד תאריך



מתאריך



שהיתי  
בעסק /  
בעבודתי

עד שעה



משעה



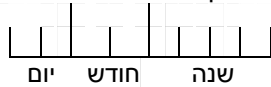
עד תאריך



מתאריך



בתאריך



חזרתי לעבודה מלאה

עד שעה



משעה



אני מצהיר בזאת כי שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו

**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 לחשבון 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 לחשבון הבנק ו/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, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

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

**פטור ממס הכנסה**

8

עיוור או נכה 100%

פטור חלקי \* יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

**הצהרה**

9

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

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

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע, נא לציין את הסיבה לכך \_\_\_\_\_

שם החותם	כתובת	מספר זהות ס"ב

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: \_\_\_\_\_

שם העד לחתימה	מספר זהות ס"ב

**למילוי ע"י המעביד אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימולא ע"י הנפגע)**

10

**פרטים על תאונה מחוץ לעסק או למפעל**

התאונה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: \_\_\_\_\_ שעת הפגיעה \_\_\_\_\_

המקום בו היה על הנפגע לעבוד או בו עבד הנפגע ביום התאונה: \_\_\_\_\_

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל?  לא  כן בדרך כלל מועסק ב: \_\_\_\_\_

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה?  לא  כן 1. שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

2. שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
_____	_____	_____	_____
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה	_____	_____

תאונה בדרך לעבודה

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? \_\_\_\_\_ איזו משמרת? \_\_\_\_\_ הכתובת בה היה אמור לעבוד? \_\_\_\_\_  
האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש?  לא  כן

תאונה בדרך הביתה

באיזו שעה סיים את העבודה? \_\_\_\_\_ האם סיים בשעה הקבועה?  כן  לא, \_\_\_\_\_  
הסיבה ליציאה המוקדמת: \_\_\_\_\_ כתובת בה עבד לפני היציאה לביתו \_\_\_\_\_

11

**פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה**

מספר תיק מעביד במוסד	שם המפעל / המעביד
9	_____

תאריך תחילת עבודה: \_\_\_\_\_ מעמד העובד:  קבוע  ארעי  יומי  חודשי היקף המשרה ב-% \_\_\_\_\_ מספר ימי העבודה בשבוע: \_\_\_\_\_

אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה העובד נעדר מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות \_\_\_\_\_  
נא לציין מתי \_\_\_\_\_ עד מתי \_\_\_\_\_ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר עבור ימים אלה?  כן  לא

**בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה**

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו
		יומי	חודשי	
חודש _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שם התשלום _____ לתקופה _____ סכום _____ שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח _____
חודש _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
חודש _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
חודש _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

העובד שב לעבודה בתאריך \_\_\_\_\_  העובד לא שב עדיין לעבודה.

העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל:  כן  לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: \_\_\_\_\_  
סיבת הפסקת העבודה: \_\_\_\_\_

**12 פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעביד/קרן דמי מחלה**

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעביד? (נכון ליום התאונה)

כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום התאונה: \_\_\_\_\_

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)

**13 הצהרת המעביד**

אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שנמסרו על ידי העובד ועל ידינו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל: נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, לגבי הפגיעה.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

**14 פרטים משלימים למעביד מורשה/ מאושר**

העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

**מעביד מורשה לפי תקנה 22:**

הנ"ל נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

הנ"ל אינו נכלל בין העובדים שלגביהם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

**מעביד מאושר לפי סעיף 343:**

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

**קיבוץ:**

הנ"ל חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח \_\_\_\_\_

הנ"ל אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח \_\_\_\_\_

חתימת המעביד 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

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
		60
יום חודש שנה	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 _____		

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 \* \_\_\_\_\_