



תביעה לתשלום דמי תאונה (טופס זה אינו משמש למקרה של תביעה בגין פגיעה בעבודה)

הטופס מיועד למילוי ע"י תושב ישראל בן 18 ומעלה ועד גיל הפרישה, אשר נפגע בתאונה בבית, בחופשה או בשעות הפנאי ובגללה איבד את כושר תפקודו.

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.
- יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי 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 ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט 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		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
סוג המסמך	דפים		

שם משפחה שם פרטי	מספר זהות ס"ב
מצב משפחתי ☐ רווקה ☐ אלמנה ☐ פרודה ☐ נשואה ☐ גרושה ☐ ידועה/בציבור	
מעמדך ביום התאונה: ☐ שכיר ☐ עצמאי ☐ עקרת בית ☐ חבר קיבוץ ☐ אחר:	
פרטי התקשרות	
טלפון קווי טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:	
שם משפחה איש קשר שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב
☐ 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.	
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה במשרד הפנים)	
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 טלפון נייד / פקס	האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעביד: ☐ לא ☐ כן, פרט:	
רחוב / תא דואר מס' בית יישוב מיקוד	טלפון קווי טלפון נייד / פקס	עצמאי	
שם העסק סוג העיסוק	רחוב / תא דואר מס' בית יישוב מיקוד	טלפון קווי 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: ☐ בישראל ☐ בחו"ל, פרט: _____ שמות העדים לתאונה: ☐ לא נכחו עדים ☐ כן נכחו עדים: _____				
☐ מכר ☐ חבר לעבודה ☐ אחר		כתובת _____ שם _____		
☐ מכר ☐ חבר לעבודה ☐ אחר		כתובת _____ שם _____		
האם מדובר בתאונות דרכים? ☐ לא ☐ כן, אם כן, נא למלא חלק 5 בעמוד הבא.				

טיפול רפואי

4

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/ שירות רפואי)
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה שנה _____ חודש _____ יום _____ שעה _____		שם בית החולים והמחלקה (*) _____
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☐ לא ☐ כן אם כן, פרט: _____		
קופת חולים שאתה חבר בה	שם רופא המשפחה	שם המרפאה שבה אתה מקבל טיפול רפואי בדרך כלל
_____	_____	_____

פרטים משלימים

5

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

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 מתאריך _____ עד תאריך _____
☐ חזרתי לעבודה חלקית מתאריך _____ עד תאריך _____ עבדתי משעה _____ עד שעה _____
☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____

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 ☐ לחשבון 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 מינוי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימתם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומינוי 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 מושגי 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.**

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 בודיעין 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.

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. לצורך בדיקת זכאותך לקצבה, ייתכן שנפנה באופן ייזום למעסיקיך, לרבות כאלו שהיו לך או שיהיו לך בעתיד, כדי לקבל את נתוני הכנסותיך באופן דיגיטלי (ממוחשב) אם אינך מסכים, ציין זאת:

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי

ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי

תאריך _____ חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה ✕ _____

I למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר

I

פרטים על המעסיק

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים	מס' טלפון

פרטים על השכר

II

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 משרה ב- %	מס' ימים עבורם שולם השכר	מס' ימי העבודה בשבוע	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו		
				יומי	חודשי		סכום	לתקופה	שם התשלום
חודש				☐	☐				
חודש				☐	☐				
חודש				☐	☐				
חודש				☐	☐				

☐ תאריך התחלת 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 ההסתיוגויות, אם ישנן, בדבר התאונה).

כן אנו מאשרים, כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן התאונה.

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת ☒ _____



תעודה רפואית ראשונה לנפגע בתאונה

קופת חולים _____
מחוז _____ סניף _____

פרטי הנפגע

I

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין
			שנה חודש יום	זכר ☐ נקבה ☐
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
				מיקוד
תאריך תאונה	מקום התאונה			
שנה חודש יום				
הגיע לטיפולו בעקבות התאונה בתאריך	בשעה	מעמד ביום התאונה:		
שנה חודש יום		☐ עובד שכיר ☐ עובד עצמאי ☐ עקרת בית		
אחר, פרט: _____				
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
				מיקוד

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 _____



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי תאונה

חותמת קבלה

1

קוד גמלה 50	מספר זהות/דרכון _____	תאריך תאונה שנה חודש יום
שם משפחה _____	שם פרטי _____	
חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

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 ידי או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי."

תאריך _____ חתימת המבוטח x _____