



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 וביירוים 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

<table border="1"> <tr> <td>מס' זהות / דרכון</td> <td>פיצול</td> </tr> <tr> <td>סוג המסמך</td> <td>דפים</td> </tr> </table>	מס' זהות / דרכון	פיצול	סוג המסמך	דפים	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
מס' זהות / דרכון	פיצול					
סוג המסמך	דפים					

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
----------	---------	---------------

מצב משפחתי

רווק/ה אלמן/ה פרודה/ה נשוי/אה גרושה/ה 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	ישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	------	-------

2

פרטי מקום העבודה


שכיר	
שם מעסיק/ מפעל/ מקום עבודה	תפקיד התובע במקום העבודה
טלפון קווי	טלפון נייד / פקס
רחוב / תא דואר	מס' בית
ישוב	מיקוד
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	טלפון נייד / פקס
ישוב	מיקוד	

פרטי התאונה

3

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת התאונה	היום בשבוע	תאריך התאונה 
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: _____				
<input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> אחר		כתובת _____		
<input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> אחר		כתובת _____		
האם מדובר בתאונות 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 
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: _____
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 _____		
לאיזו מטרה	לאן	האם יצאת את גבולות המדינה בתקופת אי הכושר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____

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 _____

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 ממוחשבת, 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 * _____

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 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.

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 * _____

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
	לתקופה	סכום		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 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 ההסתייגויות, אם ישנן, בדבר התאונה).

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

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת **x** _____



קופת חולים _____

מחוז _____ סניף _____

I

פרטי הנפגע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ב"ס	תאריך לידה שנה חודש יום	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
----------	---------	------------------	----------------------------	--

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

תאריך תאונה	שעה	מקום התאונה	שעת התאונה
-------------	-----	-------------	------------

הגיע לטיפולו בעקבות התאונה בתאריך	בשעה	מעמד ביום התאונה: <input type="checkbox"/> עובד שכיר <input type="checkbox"/> עובד עצמאי <input type="checkbox"/> עקרת בית <input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____
-----------------------------------	------	---

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
----------------	---------	-------	------	-------	-------

II

למילוי ע"י הרופא

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

פרטים אישיים

1

תאריך תאונה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה																										
<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> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>																					50
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 _____																												

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 ✕ _____