



## תביעה לתשלום גמלה לתלויים בנפגעי עבודה

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ↪ לטופס התביעה יש לצרף את המסמכים הבאים: סיכום אשפוז / דו"ח מד"א / דו"ח מיון / תעודת פטירה (בהם מצוינת סיבת הפטירה).
- ↪ עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.
- ↪ **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - 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 וביירוטים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).
- ↪ לתשומת ליבך, הטיפול בתביעה עלול להתארך ולפיכך מוצע להגיש במקביל גם תביעה לקצבת שארים (בל / 410).
- ↪ **אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות** באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

### לידיעתך

- ↪ **לא למן בלבד** - חובה לצרף אישור הכנסות על כל מקור הכנסה.
- ↪ **לא למנה הנמצאת בהריון** - תעודה רפואית ובה פירוט על חודש ההריון.
- ↪ **על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.**
- ↪ **ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר.** לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, ישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

### חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נפגעי עבודה

**תביעה לתשלום גמלה  
לתלויים בנפגעי עבודה**

מס' זהות / דרכון 		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
סוג המסמך 	דפים 	

**חותמת קבלה**

<b>פרטי המנוח</b>		שם פרטי 	שם משפחה 
מספר זהות ס"ב 		תאריך לידה 	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
מעמד אישי בעת הפגיעה <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> ידוע בציבור		התלויים בנפגע <input type="checkbox"/> אישה <input type="checkbox"/> הורים <input type="checkbox"/> ילדים <input type="checkbox"/> אחרים. פרט: _____	
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>			
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה
מס' בית		רחוב / תא דואר	

<b>פרטי מקום עבודת המנוח בעת הפגיעה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא את סעיף א'2</b>			
אם המנוח היה שכיר	מקום העבודה 	כתובת 	טלפון 
אם המנוח היה עצמאי	שם העסק 	כתובת 	טלפון 
אם המנוח היה מתנדב	שם הגוף ששלח אותו להתנדבות		

<b>א'2 פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון</b>			
מקום השירות <input type="checkbox"/> צה"ל <input type="checkbox"/> משמר הכנסת <input type="checkbox"/> שב"ס <input type="checkbox"/> משא"ז <input type="checkbox"/> משטרה <input type="checkbox"/> אחר		טלפון קווי 	
רחוב/תא דואר מס' בית יישוב מיקוד		טלפון נייד 	
מס' פקס 			
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____			
האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <b>אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.</b>			

הכתובת בה ארעה הפגיעה (במפעל, בדרך וכו') \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

מקום הפגיעה:

במפעל או בעסק  מחוץ למפעל או לעסק  בדרך לעבודה  בדרך הביתה

סוג הפגיעה:  נפילה ממקום גבוה  נפילה כתוצאה ממפגע בדרך  התחשמלות  תקיפה  פגיעה מבעל חיים  
 אחר, פרט \_\_\_\_\_

תיאור מלא של הפגיעה, נסיבותיה וגורמיה, בציון הציוד והמכשירים שגרמו לפגיעה (אם המקום אינו מספיק נא לצרף גיליון נוסף ובו פרטי התביעה המפורטים והמלאים): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

שעת הפגיעה	יום בשבוע	תאריך הפגיעה
		
שעת הפטירה		תאריך הפטירה
		

במקרה של פטירה עקב תאונת דרכים: נא לציין האם נפגע בהיותו:  נהג  נוסע  הולך רגל  
 סוג הרכב המעורב בתאונה \_\_\_\_\_ מס' רישוי הרכב \_\_\_\_\_  
 חב' הביטוח של הרכב \_\_\_\_\_ מס' פוליסת ביטוח \_\_\_\_\_ (נא לצרף צילום תעודת ביטוח ורישיון רכב)

פרטי הנהג: שם: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
 פרטי נוסעים נוספים ברכב: \_\_\_\_\_

האם נמסרה הודעה על התאונה או האירוע למשטרה?  לא  כן, נא לצרף דו"ח משטרה  
 התאונה טופלה בתחנת משטרה ב- \_\_\_\_\_ מס' תיק במשטרה \_\_\_\_\_

במקרה והפגיעה נגרמה כתוצאה ממפגע, האם ברשותך תמונות של מקום המפגע?  לא  כן, נא לצרף לטופס התביעה

4

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע?  לא  כן  
 הגוף המייצג או המסייע:  עורך דין  חברת מימוש זכויות  יד מכוונת  בית חולים  עמותה  אחר \_\_\_\_\_

**אם אתה מיוצג ע"י עורך דין**, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או **אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס**, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
---------------	-------	-------

5

קבלת טיפול רפואי

שם הרופא או השירות הרפואי שטיפלו במנוח בעת הפגיעה

שם בית החולים בו אושפז	תאריך קבלת הטיפול הרפואי לראשונה
	<p>יום      חודש      שנה</p>
שם המרפאה והרופא המטפל	שם קופת החולים בה היה חבר

6

פרטים משלימים

שמות העדים לפגיעה

לא נכחו עדים  
 כן נכחו עדים. אנא מלא את פרטי העדים:

שם העד	כתובת	טלפון	<input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר, פרט _____	1
שם העד	כתובת	טלפון	<input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר, פרט _____	2

האם המנוח קיבל קיצבה מהמוסד לביטוח לאומי  לא  כן - ציין איזו קצבה \_\_\_\_\_

האם הוגשה או תוגש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה כנגד גורם אחר מלבד הביטוח הלאומי?

לא  כן,  תאונת דרכים  נזיקין    הנתבע: \_\_\_\_\_ עו"ד: \_\_\_\_\_

זהות הנתבע \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_ פקס \_\_\_\_\_

נא ציין היכן התביעה הוגשה: בבית משפט  שלום  מחוזי בעיר \_\_\_\_\_ מס' תיק אזרחי \_\_\_\_\_

האם התובע קיבל או עתיד לקבל תשלום בקשר לפגיעה מגורם אחר  לא  כן (פרט) \_\_\_\_\_

פרטי האלמן

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
מין		תאריך לידה		תאריך נישואין	
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		שנה    חודש    יום		שנה    חודש    יום	
עיסוק: <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> מתנדב					
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות</b>					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני:	
				_____ @ _____	
<b>אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:</b>					
שם משפחה איש קשר		שם פרטי איש קשר		מס' זהות איש קשר ס"ב	
<input type="checkbox"/> 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.					
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)</b>					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
דירה		יישוב		מיקוד	

פרטי הילדים מגיל 18 עד גיל 24

למוסד לביטוח לאומי מידע על ילדיך עד גיל 18 הרשומים במשרד הפנים ולכן איננו מבקשים פרטים עליהם

האם יש לך ילדים עד גיל 24?  כן     לא

מספר זהות	שם הילד		תאריך לידה	בעבור ילד מעל גיל 18: האם לומד/ בשירות*/ אחר (כן/לא)	הילד גר איתי (כן/לא)
	שם פרטי	שם משפחה			
1			שנה    חודש    יום		
2			שנה    חודש    יום		

פרטים על ילדים נוספים רשום בדף נפרד

\* שירות בצה"ל / קד"צ / עתודה / שירות לאומי / שירות

יש לצרף אישורים רק אם לומד, בהתנדבות בשירות לאומי, עתודה או קד"צ  
אי מילוי סעיף זה ימנע בחינת זכאותך לתוספת לגמלה בעבור ילדיך

**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 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 להחתימם 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 כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי 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/חתימות השותפים לחשבון \_\_\_\_\_

**הצהרה**

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 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.

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.

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

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

**פרטים על תלויים אחרים בנפגע (יש לציין רק את מי שאינו אלמן או ילדים של המנוח)**

תלוי 4	תלוי 3	תלוי 2	תלוי 1	מס' זהות
ס"ב	ס"ב	ס"ב	ס"ב	
				שם משפחה
				שם פרטי
				תאריך לידה
שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום	מין (זכר/ נקבה)
				יחס הקרבה לנפגע
				כתובת מלאה
				מקום העבודה
				הכנסה חודשית מעבודה * וממקורות אחרים
				הכנסה מתמיכת המנוח
				האם מקבל קצבה מהמוסד?
				האם גר בדירת המנוח לפני הפטירה? אם כן ציין ממתי
* אם אינו עובד – ציין את הסיבה:				

**פרטי חשבון הבנק של תלויים אחרים בנפגע – אם קיימים**

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 להחתימם 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.

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

**אישור המעביד על עבודה ושכר (אם המנוח היה שכיר)**

**I**

**פרטי המנוח**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

**II**

**פרטי המעסיק**

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב
מיקוד	טלפון פקס	

**III**

**פרטי השכר**

יש לפרט בטבלה שלהלן את פרטי השכר בחודש הפגיעה ובשלושת החודשים שקדמו לפגיעה. בפרטי השכר יש לכלול את כל רכיבי השכר. את התוספות החד-פעמיות או המענקים ששולמו יש לפרט בטור נפרד.

חודש	מס' הימים עבורם שולם השכר	סכום ברוטו לחודש זה	תוספת חד פעמית או מענק שנכללו בשכר ברוטו		
			סכום	לתקופה	שם התשלום

מס' ימי עבודה בשבוע במפעל \_\_\_\_\_

תאריך התחלת העסקת המנוח במפעל/מקום העבודה \_\_\_\_\_

האם המנוח נעדר מהעבודה בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה?  
 לא  כן. בתאריכים: \_\_\_\_\_  
 מהסיבה: \_\_\_\_\_

**IV**

**פרטים על תאונה מחוץ לעסק או למפעל**

**התאונה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה**  
 מקום הפגיעה: \_\_\_\_\_

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

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

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה?  לא  כן שמם: \_\_\_\_\_

**תאונה בדרך לעבודה**  
 באיזו שעה היה על המנוח להתחיל בעבודה? \_\_\_\_\_ איזו משמרת? \_\_\_\_\_  
 האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש?  לא  כן

**תאונה בדרך הביתה**  
 באיזו שעה סיים המנוח את העבודה? \_\_\_\_\_ האם סיים בשעה הקבועה?  כן  לא,  
 הסיבה ליציאה המוקדמת: \_\_\_\_\_  
 האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש?  לא  כן

**האם המקרה נחקר ע"י הפיקוח על העבודה שבמשרד התמ"ת?**  לא  כן, נא לצרף העתק מהדו"ח



אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שנמסרו על 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 \* \_\_\_\_\_

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: תלויים נכות מעבודה

1 פרטים אישיים של המנוח

<p>תאריך הפגיעה</p> <p>שנה חודש יום</p>	<p>מספר זהות/דרכון</p>	<p>קוד גמלה</p> <p>21</p>
<p>שם פרטי</p>		<p>שם משפחה</p>
<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

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית של פרטיי המנוח/ה ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלה, מצב הרפואי, הטיפול שניתן, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודות המנוח/ה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מגיש/ת התביעה \* \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_