



תביעה לתשלום דמי תאונה

על פי חוק הביטוח הלאומי - ביטוח נפגעי תאונות

(טופס זה אינו משמש למקרה של תביעה לפגיעה בעבודה)

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ תעודה רפואית ראשונית לנפגע בתאונה, (מקור בלבד), ראה נספח ב' לטופס, חתומה ע"י רופא.
- ☞ מסמכים רפואיים נוספים בקשר לתאונה ולטיפול הרפואי, כגון: דו"ח מד"א, דו"ח חדר מיון, סיכום מחלה מבית חולים או כל מסמך אחר המעיד על הנזק הרפואי שנגרם לך כתוצאה מהתאונה.
- ☞ **אם הינך שכיר/ה:** 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 בהתאם לנדרש בטופס התביעה ולחתום בכל מקום המיועד לכך (כולל בנספח א' – ויתור על סודיות רפואית).
- ☞ בתביעה של עובד שכיר, יש לדאוג כי המעביד ימלא את החלק המיועד לו ויחתום עליו.
- ☞ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון 6050* או 12226050.
- ☞ **חובה להגיש את התביעה תוך 90 ימים מתאריך התאונה.** המוסד יהיה רשאי לדחות תביעה שהוגשה באיחור.
- ☞ פרטים נוספים על ביטוח נפגעי תאונות ניתן להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
ביטוח תאונות
תביעה לתשלום דמי תאונה

עמוד 2 מתוך 7

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

א. פרטי הנפגע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/>
בן זוג <input type="checkbox"/> עובד <input type="checkbox"/> לא עובד <input type="checkbox"/>	כתובת דואר אלקטרוני	
רחוב	מספר בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד
תא דואר	עיר	מספר טלפון
מספר טלפון נייד	0	0
מעמדך ביום התאונה: <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> עקרת בית <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> אחר _____ <input type="checkbox"/>		

ב. פרטי מקום העבודה

שם המעסיק / המפעל / מקום העבודה	תפקיד התובע במקום העבודה	מספר טלפון
0	0	0
רחוב	מספר בית	יישוב
מיקוד	מספר טלפון נייד/פקס	0
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעביד <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מהי _____ <input type="checkbox"/>		
שם העסק	סוג העיסוק	מספר טלפון
0	0	0
רחוב	מספר בית	יישוב
מיקוד	מספר טלפון נייד/פקס	0

ג. פרטי התאונה

שנה	חודש	יום	היום בשבוע	שעת התאונה	תאריך הפסקת העבודה	שעת הפסקת העבודה
<p>תאור הפגיעה: במה התעסקת בעת התאונה</p> <p>כיצד נגרמה התאונה?</p>						
<p>מקום התאונה: <input type="checkbox"/> בישראל <input type="checkbox"/> בחו"ל, פרט _____</p> <p>שמות העדים לתאונה</p> <p><input type="checkbox"/> לא נכחו עדים <input type="checkbox"/> כן נכחו עדים שם _____ כתובת _____ חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/></p> <p>שם _____ כתובת _____ חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/></p> <p>האם מדובר בתאונת דרכים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אם כן, נא למלא חלק ה' בעמוד הבא</p>						

ד. טיפול רפואי

האיבר שנפגע _____ מהות החבלה (לדוגמא שבר, פצע, חתך) _____

מי טיפל לראשונה בפגיעה? _____
שם הרופא/שרות רפואי _____

תאריך קבלת הטיפול לראשונה _____ שנה _____ חודש _____ יום _____ שעה _____

תקופת אישפוז _____ שם בית החולים והמחלקה _____ נא לצרף סיכום מחלה

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? כן לא

פרט _____

קופת חולים בה הנך חבר _____ שם הרופא המשפחה _____

שם המרפאה בה אתה מקבל טפול רפואי בדרך כלל _____

ה. פרטים משלימים

1. האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה?
 לא כן, לתחנת המשטרה ב- _____

מספר התיק שנפתח במשטרה _____ נא לצרף אישור.

2. האם הוגשה תביעה לחברת ביטוח? לא כן שם חברת הביטוח _____

3. האם הגשת או הנך עומד להגיש תביעה לנזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לתאונה?
 לא כן, נגד _____

שם עורך הדין שלך _____ כתובתו _____

מס' הטלפון של עורך הדין _____

האם יצאת את גבולות המדינה בתקופת אי הכושר?
האם יצאת את גבולות המדינה בתקופת אי הכושר?

4. לא כן, לאן _____ לאיזו מטרה _____

ו. פרוט העיסוקים

לפני התאונה

לא עבדתי כלל, הסיבה _____ נא לפרט ולצרף אישורים מתאימים

עבדתי בחודשים _____ נא לפרט את החודשים ולצרף אישורים או תלושי שכר לחודשים הנ"ל

אחרי התאונה

טרם חזרתי לעבודה כתוצאה מהתאונה.

מיום _____ עד יום _____ לא עבדתי כלל כתוצאה מהתאונה.

מיום _____ עד יום _____ עבדתי משעה _____ עד שעה _____

חזרתי לעבודה מלאה ביום _____

ז. מקום תשלום

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי, בקשר לתביעתי זו, אבקש להעבירו לזכות חשבוני דלהלן:

שמות בעלי החשבון	לחבר קיבוץ או מושב שיתופי – אני מבקש להעביר את התשלום לחשבון	<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוץ
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מספר החשבון
		מספר הסניף

ח. הצהרה

אני החתום מטה תובע גמלה לתשלום דמי תאונה, מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עבירה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי למחלקת נפגעי תאונות על כל שינוי שיחול באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה ושיש בו כדי להשפיע על זכותי לגמלה תוך 30 יום ממועד השינוי. כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך _____ חתימת התובע/מקבל הגמלה או מגיש התביעה **X** _____

ב. הצהרה בטופס התביעה לשותף חשבון הבנק

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו לחשבון, עבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי כח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכח, 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 שהוא כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

תאריך: _____ שם השותף: _____ מספר ת.ז. _____ חתימה _____

ט. למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר

1. פרטים על המעסיק:

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים	מספר טלפון
		0

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

תאריך התחלת העסקת העובד _____ מעמד העובד קבוע ארעי
 העובד נעדר מהעבודה בחודשים הנ"ל בתקופות _____ מהסיבה _____
 העובד ממשיך להמנות על עובדי המפעל כן לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך _____
 העובד שב לעבודה, לאחר התאונה, ביום _____ העובד לא שב עדיין לעבודה.

י. פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעביד/קרון דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעביד - נכון ליום התאונה

כן, ציין מס' הימים שעמדו לזכותו עד ליום התאונה _____

האם שילמת לעובד עבור תקופת ההעדרות בגין התאונה הנדונה? אם כן, ציין 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 ע"י הקרן לדמי מחלה

אחר _____ שם הקרן _____

יא. הצהרת המעביד

הצהרה: 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 התאונה).

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

X

תאריך	תפקיד החותם	שם החותם	חתימה וחותמת
-------	-------------	----------	--------------

קופת חולים _____

מחוז _____ סניף _____

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בתאונה

שם משפחה		שם פרטי		שם האב		שם האם		מס' הזהות	
רחוב		מספר בית		כניסה		דירה		יישוב	
שנת הלידה		תאריך התאונה		מקום התאונה		שעת התאונה		מיקוד	
הגיע לטיפולנו בעקבות התאונה בתאריך _____ שעה _____		<input type="checkbox"/> עובד שכיר <input type="checkbox"/> עובד עצמאי <input type="checkbox"/> עקרת בית <input type="checkbox"/> אחר, פרט _____							

ב. למילוי ע"י הרופא

מקצוע/משלח יד _____

תאור התאונה לפי דברי הנפגע _____

פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול _____

הממצא הקליני _____

צילומי רנטגן נעשו במכון _____ ביום _____ הממצא _____

האבחנה _____

הטיפול שניתן על ידנו _____

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 ו/או מרותק לביתו במשך _____ ימים; היינו מיום _____ עד יום _____ בכלל.

חתימת הרופא השירות הרפואי המוסמך

שם הרופא החותם

תאריך מתן התעודה

**ויתור על סודיות רפואית
המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

_____ סניף _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____

הגר ב _____ מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

שם הרופא המטפל _____ חתימה **X** _____

**ויתור על סודיות רפואית
המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

_____ סניף _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____

הגר ב _____ מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

שם הרופא המטפל _____ חתימה **X** _____

**ויתור על סודיות רפואית
המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

_____ סניף _____ תאריך _____

(התעודה מצורפת כנספח לטופס).

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____

הגר ב _____ מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

שם הרופא המטפל _____ חתימה **X** _____

**ויתור על סודיות רפואית
המוסד לביטוח לאומי**

לכבוד

_____ סניף _____ תאריך _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____

הגר ב _____ מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותי.

שם הרופא המטפל _____ חתימה **X** _____