



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

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.
- ☞ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא לסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ☞ **חובה להגיש את התביעה בתוך 90 ימים מתאריך התאונה.** המוסד יהיה רשאי לדחות תביעה שהוגשה באיחור.
- ☞ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
דמי תאונה
תביעה לתשלום
דמי תאונה

מספר זהות / דרכון פיצול לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
---	------------

1 פרטי הנפגע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה שנה חודש יום	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	בן זוג עובד <input type="checkbox"/> לא עובד <input type="checkbox"/>
מצב משפחתי רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה בציבור <input type="checkbox"/> מעמדך ביום התאונה: שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> עקרת בית <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> אחר: _____		
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד

2 פרטי מקום העבודה

שם מעסיק/ מפעל/ מקום עבודה	תפקיד התובע במקום העבודה	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב
מיקוד	טלפון נייד / פקס	דואר אלקטרוני
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעביד: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____		
עצמאי		
שם העסק	סוג העיסוק	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב
מיקוד	טלפון נייד / פקס	0

פרטי התאונה

3

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת התאונה	היום בשבוע	תאריך התאונה						
				<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								
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: _____										
שם <input type="checkbox"/> כתובת <input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>		שם <input type="checkbox"/> כתובת <input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>								
האם מדובר בתאונת 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 <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> <td>שעה</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום	שעה				
שנה	חודש	יום	שעה							
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן										
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____										
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: _____										
שם חברת הביטוח		האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____										
שם עורך הדין שלך	שם עורך הדין שלך	האם הגשת או אתה עומד להגיש תביעה לנזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לתאונה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____										
מס' הטלפון של עורך הדין	כתובת עורך הדין	נגד _____										
<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> לאיזו מטרה	0										לאן	האם יצאת את גבולות המדינה בתקופת אי הכושר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____
0												

6 פירוט העיסוקים

6

לפני התאונה

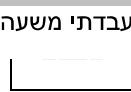
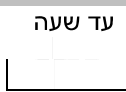
לא עבדתי כלל, פרט את הסיבה: _____
*נא לצרף אישורים מתאימים

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



חזרתי לעבודה חלקית



חזרתי לעבודה מלאה

7 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 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 להחתימים 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.

תאריך _____ חתימת מקבל התשלום _____ חתימת/חתימות השותפים לחשבון _____

8 הצהרה

8

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 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.

תאריך _____ חתימת התובע / מקבל הגמלה או מגיש התביעה _____



נא למלא מספר תעודת זהות _____

נספח א'

המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות

דמי תאונה

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בתאונה

עמוד 5 מתוך 6

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 שנה _____ חודש _____ יום _____	מקום התאונה _____	שעת התאונה _____
---	-------------------	------------------

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

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

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

II למילוי ע"י הרופא

מקצוע / משלה 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 _____

