



לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמיצוי זכויות,
יש לסרוק את הברקוד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה למחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה

חובה לצרף לטופס זה

- ↪ מסמך רפואי המעיד על הליקוי הרפואי כמו: דוח מיון, סיכום מחלה, תוצאות בדיקות ופענוח הדמיה.
- ↪ עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון הכולל את אשרת השהייה; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זיהוי
- ↪ מתנדבים – יש לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.

לידיעתך

- ↪ יש להגיש טופס נפרד לכל מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה.
- ↪ על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- ↪ אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200, תוך 12 חודשים ממועד הופעת המחלה / הליקוי הרפואי. הגשת התביעה במועד מאוחר יותר עלולה לפגוע בזכות לגמלה כולה או חלקה
- ↪ עליך להעביר למוסד לביטוח לאומי את כל התעודות הרפואיות המצויות ברשותך לפני שתוזמן לוועדה רפואית.
- ↪ **משך זמן טיפול משוער בתביעה למחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה הוא 150 יום, ממועד קבלתה ועד לקבלת החלטה.** לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il
- ↪ **ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר.** לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ↪ עליך לצרף אישורים נוספים לפי הנדרש בטופס התביעה.
- ↪ אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה בחברה לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8.
- ↪ תביעה לא חתומה (בסעיף 11 במקום המסומן ב-X) תוחזר בדואר, ותיחשב כאילו לא הוגשה
- ↪ עליך לחתום על ספח ויתור סודיות רפואית.
- ↪ תביעה של עובד שכיר **על המעסיק** למלא את סעיפים 12 עד 13 ולחתום בסעיף 13.
- ↪ תביעות של עובדים, אשר מעסיקיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 (מעסיק שקיבל הרשאה מהמוסד לתשלום דמי פגיעה ישירות לעובד), יוגשו ע"י המעסיקים.
- ↪ במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופוסות.
- ↪ **באפשרותך למלא את טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליין (באופן מקוון) באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il**
- ↪ כמו כן, ניתן לשלוח את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.
- ↪ לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ↪ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

תביעה למחלת מקצוע או ליקוי רפואי עקב תנאי עבודה

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> לשימוש פנימי בלבד (סריקה) </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">מס' זהות / דרכון</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> סוג המסמך דפים </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 0 1 </div> </div>

חותמת קבלה

מחלת מקצוע, פרט _____
 ליקוי רפואי, פרט _____
 מתנדב עצמאי שכיר הכשרה מקצועית חבר קיבוץ או מושב שיתופי

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) ס"ב
מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה	תאריך עלייה
	שנה חודש יום	שנה חודש יום

מצב משפחתי: רווקה אלמנה פרודה/ נשואה גרושה ידועה/ בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____@_____			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

2

פרטי מקום העבודה שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מספר בית	טלפון נייד
	ישוב	מס' פקס

לא כן, פרט: _____
 האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: לא כן, פרט: _____
 לא כן, פרט: _____
 האם יש קרבה משפחתית ביןך לבין המעסיק:

עצמאי

שם העסק	סוג העיסוק	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מספר בית	טלפון נייד
	ישוב	מיקוד

פרטים על המחלה או הליקוי הרפואי

יש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על אבחון המחלה או הליקוי הרפואי, כמו: תוצאות בדיקות עזר, סיכום רפואי, פענוח הדמיה וכד'	שם המחלה או הליקוי	תאריך הופעת המחלה																			
		<table border="1"> <tr> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> </tr> <tr> <td>יום</td> <td>חוד</td> <td>שנה</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	יום	חוד	שנה						
ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש												
יום	חוד	שנה																			

נא תאר ופרט מהם תנאי עבודתך שגרמו להתפתחות המחלה או הליקוי הרפואי

אם עבודתך כרוכה בחשיפה לחומרים וברשותך דפי מידע על חומרים אלה, נא צרף אותם האם בוצעו בדיקות ניתור סביבתיות במקום עבודתך? לא כן, (אם ברשותך תוצאות הניתור, נא צרף אותן)

באלו תפקידים הועסקת במקום עבודתך, נא תאר את סוג העבודה (ניתן לצרף גיליון נוסף)

התפקיד וסוג העבודה	תקופת העבודה
התפקיד וסוג העבודה	תקופת העבודה
התפקיד וסוג העבודה	תקופת העבודה

האם ידוע לך על עובדים נוספים שלקו במחלה? לא כן, פרט:

שם	כתובת	מספר טלפון
שם	כתובת	מספר טלפון

נא צין מקומות עבודה קודמים בהם עבדת, בישראל ובחו"ל (ניתן לצרף גיליון נוסף)

מקום עבודה וסוג העבודה	תפקיד	תקופת עבודה
מקום עבודה וסוג העבודה	תפקיד	תקופת עבודה

מסירת הודעה למעסיק על המחלה או הליקוי הרפואי

תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד																				
<table border="1"> <tr> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> </tr> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td colspan="8"></td> </tr> </table>	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	שנה	חודש										
ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש													
שנה	חודש																					

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על הליקוי)

שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה																				
		<table border="1"> <tr> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> <td>ש</td> </tr> <tr> <td>שעה</td> <td>יום</td> <td>חודש</td> <td>שנה</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	שעה	יום	חודש	שנה						
ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש													
שעה	יום	חודש	שנה																			
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט		קופת חולים שבה אתה חבר																				
<hr/> <hr/>		<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת																				

פרטי הרופאים המטפלים			
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל	טלפון המרפאה

5 פרטים על שירות צבאי

5

האם שרתת בצה"ל? לא כן, נא ציין את פרופיל הגיוס _____
 האם התפתחו ליקויים רפואיים במהלך שירותך הצבאי, נא פרט _____

6 סיוע בהגשת התביעה

6

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? לא כן,
 הגוף המסייע: עו"ד חברת מימוש זכויות יד מכוונת בית חולים
 שם הגוף המייצג או המסייע: _____

7 פרטים על תביעות כנגד צד ג'

7

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג' בקשר למחלתך או הליקוי הרפואי?
 תביעה נגד _____ שם העו"ד המטפל _____
 כתובתו _____
 טלפון _____ פקס _____ דואר אלקטרוני _____
 התביעה הוגשה בבית המשפט השלום המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

פירוט העיסוקים

היעדרות מהעבודה לפני הופעת המחלה או הליקוי הרפואי

אם בשלושת החודשים שקדמו להופעת המחלה או הליקוי נעדרת מהעבודה, נא סמן את הסיבה:

מחלה חופשה אחרת _____ * **נא לצרף אישורים מתאימים**

קיבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה _____

עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * **נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל**

הצהרה על היעדרות מהעבודה כתוצאה מהמחלה או הליקוי הרפואי

		<input type="checkbox"/> לא עבדתי כלל כתוצאה מהמחלה או ליקוי הרפואי	
עד תאריך	מתאריך		
עד שעה 	משעה 	עד תאריך 	מתאריך
עד שעה 	משעה 	עד תאריך 	מתאריך
<input type="checkbox"/> חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ <input type="checkbox"/> טרם חזרתי לעבודה <input type="checkbox"/> לא נעדרתי מהעבודה			
<input type="checkbox"/> עבודה במשמרות	עד שעה:	משעה	שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני המחלה או הליקוי הרפואי היו

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) _____

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים
 תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה * _____

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

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 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 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 ✕ _____

11

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

עיור/ נכה 100% פטור חלקי

12

הצהרת התובע/מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם 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. כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: _____@_____	
		מאשר קבלת הודעות SMS <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: ייפוי כח, צו אפוטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה	מספר זהות ס"ב

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה – ימולא ע"י המעסיק

שם המפעל / המעסיק			מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי		
<input type="checkbox"/> אם בשלושת החודשים שקדמו למחלה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____ ממת' _____ עד מת' _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			מעמד העובד: <input type="checkbox"/> קבוע <input type="checkbox"/> ארעי <input type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> חודשי		
תאריך תחילת עבודה: _____			היקף המשרה ב-%: _____		
מספר ימי העבודה בשבוע: _____			מספר ימי העבודה בשבוע: _____		
בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה					
החודש, כולל חודש הפסקת העבודה		מס' הימים בעבורם שולם השכר		העובד הוא	
				שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	
				תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	
				סכום	
				לתקופה	
				שם התשלום	
חודש				<input type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> חודשי	
חודש				<input type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> חודשי	
חודש				<input type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> חודשי	
חודש				<input type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> חודשי	
<input type="checkbox"/> העובד שב לעבודה בתאריך _____ <input type="checkbox"/> העובד לא שב עדיין לעבודה.					
<input type="checkbox"/> העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה: _____ שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____					

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל: נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה.

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

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

פרטים משלימים למעסיק מורשה/ מאושר

העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוץ:

הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת **x** _____ (נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1

פרטים אישיים

תאריך הפגיעה שנה חודש יום		מספר זהות/דרכון _____	קוד גמלה 60
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 _____			

2

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית 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 ✕ _____