



לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמילוי זכויות
יש לסרוק את הברקוד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואית כתוצאה מהפגיעה.
- עצמאי** – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, עליך לצרף אישור מהגורם עבור ביצועת את העבודה (כמו: חשבנית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה).
- עובד זר** – חובה לצרף צילום דרכון, תושב שטחים, חובה לצרף צילום תעודת זהות והיתר העסקה משירות התעסוקה.
- מתנדב** – עליך לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- בתאונת דרכים** יש לצרף אישור מהמשטרה, העתק מההודעה לתברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.
- במידה והתביעה מוגשת ע"י **אפוטרופוס** יש לצרף צו אפוטרופסות.
- 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 לצרף טופס בל 73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- קורונה** – יש לצרף הפניה לבדיקה ותוצאות בדיקת קורונה ראשונה, אישור מהמעסיק על סבירות גבוהה להדבקה במקום העבודה ופרטי ממונה הקורונה במקום העבודה.

להיעתר

- עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחר) מיום הגשתה.
- תביעה שלא נחתמה ע"י התובע (בסעיפים 11 במקום המסומן ב-X), תוחזר בדואר ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- בתביעה של עובד שכיר על המעסיק למלא את סעיפים 1 – 5 בעמודים 6-7 ולחתום במקומות המסומנים ב-X.
- משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, (למעט תביעה למחלות מקצוע).
- לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il.
- אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך משארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו ולצרף את המסמכים הנדרשים.
- 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 ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

בל/211(05.2022)

עמוד 1 מתוך 8

317636140

נא ציין את מספר תעודת זהות _____

מס' זהות / דרכון

--	--	--	--	--	--	--	--

סוג דפים

0	1
---	---

--	--

לשימוש
פנימי
לבד
(סריקה)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



**תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה**

☐ תאונה בעבודה ☐ שכיר ☐ עצמאי ☐ מתנדב

☐ מחלת מקצוע ☐ פרט ☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי

[illegible]

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אלא מלא סעיף 2א שכר/מתנדב/הכשרה/מחנעת									
שם מעסיק/ מפעל					T&M שרתי נקיון בע"מ				
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה		יישוב	
		30						אור יהודה	
התחנה									
טלפון קווי			טלפון נייד			מספר פקס			
0 0 2 2 8 3 5 3 0			0 0 0 0 0 0 0 0 0			0 0 0 0 0 0 0 0 0			
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט: האם יש קרבה משפחתית בין לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן, פרט: עצמאי (אם הפריעה אחרת/מחוז לעסק – יש לציין אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אחראי/ לביצע)									
שם העסק					סוג העיסוק				
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה		יישוב	
טלפון קווי			טלפון נייד			טלפון פקס			
0 0 0 0 0 0 0 0 0			0 0 0 0 0 0 0 0 0			0 0 0 0 0 0 0 0 0			

(05.2022) 211 72

פרטי מקום העבודה - כוחות הביטחון

מקום השירות: ☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת ☐ שב"ס ☐ משא"ז ☐ משטרה ☐ אחר

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? ☐ לא ☐ כן

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה: 19/02/2023 שנה חודש יום

היום בשבוע: ראשון

שעת הפגיעה: 06:25

תאריך הפסקת עבודה: 20/2/23

שעת הפסקת עבודה: 16:00

היכן אירעה הפגיעה? ☒ במהלך העבודה ☐ מחוץ למפעל ☐ בתאונה בבניין ☐ בתאונת דרכים

האם אירעה הפגיעה? ☒ כן ☐ לא

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☐ כן

פרט: אין סדים - יש מצלמה

שם: כתובת: מספר טלפון: מספר טלפון: חבר לעבודה: ☐ מכר ☐ אחר

שם: כתובת: מספר טלפון: מספר טלפון: חבר לעבודה: ☐ מכר ☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה: 19/02/2023 שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה: א.י.

תפקיד: מנהל יחידה

טלפון: 054-5941335

4 פרטי הטיפול הרפואי (שם פרטי, שם משפחה, תאריך לידה, מזה"ט, תפקיד, חתום)

האיבר שנפגע	מרות החבלה (לדוגמה: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה חודש יום	שעה	

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או זזמים למצבך כיום?
☒ לא ☐ כן, פרט: _____

פרטי הרפאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלת או אני מטופל	טלפון המרפאה

5 סיכומי מצב בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☐ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכונת ☐ 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 באפשרותך לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל-73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון

6 פרטים על תאונה

סוג התאונה:

☐ תאונת דרכים יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.
☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות
☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר _____
☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☐ לא ☐ כן

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____
 כתובת _____ מס' טלפון _____
 מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☒ לא ☐ כן, בא לצרף _____
 התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

7 מידות העוסקים לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, מא סמן את הסיבה:

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת: * נא לצרף אישורים מתאימים

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

לאחר הפגיעה

עד תאריך שנה חודש יום	מתאריך שנה חודש יום	☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה
עד שעה שעה	עד תאריך שנה חודש יום	
עד שעה שעה	עד תאריך שנה חודש יום	☐ שהיית בעסק / בעבודתי
עד שעה שעה	עד תאריך שנה חודש יום	

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלה י"ד או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה _____ עד שעה _____

☐ עבודה במשמרות

8 הנהגה למילוי י"ב בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או 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 שהגלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה: * _____

9 פרטון חשבון הבנק שלי התובע

לדעתך יש לך זכות לביטוח לאומי? ☒ כן ☐ לא

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
מזכ"ל	12/657	657	561096

לדעתך קיבוצי או מושב שיחסי? ☒ כן ☐ לא

לדעתך קיבוצי או מושב שיחסי? ☒ כן ☐ לא

לדעתך קיבוצי או מושב שיחסי? ☒ כן ☐ לא

10 פטור ממס הכנסה

יש לך זכות לביטוח לאומי? ☒ כן ☐ לא

עיוולת נכה 100% ☐ פטור חלקי ☐

11 הצהרת התביעה מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

☒ 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 ביטוח זכויותי.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עבירה על החוק וכי אדם אשר מורם במרמה או בודעין 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכויותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מוזהר/בת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים/ה שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו מסמכים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר סלו או חלקו שולם בטעות או שלא כדון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושבי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, 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.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערצים אותם ציינתי על גבי סופס זה.

תאריך: 22/2/23 חתימת התובע *

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע

טלפון קווי	סלפון נייד	דואר אלקטרוני
		@

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צא אפוסטרופסות, פסק דין או יותר סודיות - יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה: ת.ז.

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

1 פרטים על הפגיעה מחוץ למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה
 מקום הפגיעה: _____
 שעת הפגיעה: _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב- _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם: _____ ת.ז.: _____
 2. שם: _____ ת.ז.: _____

תפקיד הנפגע במפעל	מסרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנזן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		

תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

פגיעה בדרך לעבודה: ☐ כן ☐ לא
 באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא
 הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לבית: _____

2 פרטים שבו 4-1 החודשים שהתחל המעסיק העבודה

שם המפעל / המעסיק: _____ מספר תיק ניכויים במסד לביטוח לאומי: _____

T&M שרותי נקיון בע"מ

תאריך תחילת עבודה: 01/06/1998 מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארתי ☒ יומי ☐ חודשי

היקף המשרה ב-100%: _____ מספר ימי העבודה בשבוע: 5

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות: _____

נעדר מהעבודה: האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

עד מתי ממתי בסבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, סלח 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 בחוץ	שם התשלום
חודש 11/2022	21	☒ יומי ☐ חודשי	6,801.69		
חודש 12/2022	11	☒ יומי ☐ חודשי	5,710.93		
חודש 01/2023	22	☒ יומי ☐ חודשי	7,067.15		
חודש		☐ יומי ☐ חודשי			

☒ העובד לא שב עדיין לעבודה. ☐ העובד שב לעבודה בתאריך: _____

האם היו שיטתיים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט: _____

העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא

לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה: _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר: _____

שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא

שם איש הקשר לזיהוי פלג שכר: _____ מספר טלפון: _____

חתימת המעסיק: _____ תאריך: 20/02/2023 שם ותפקיד התובע: _____

טי אד אים
 תל אביב
 5105088

שטר
 חשבת שכר

5105088
 ח.פ. 8633

3 פרטים על תשלום דמי מחלה ע"י המעסיק/הקרן/דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה) ☐ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 86.29

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו ☐ לא נצברו ימי מחלה ☐ אחר ☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה

מחלה (שם הקרן)

4 הצהרת מעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו. אם מאשרים כי התבע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן: _____

תאריך: 20.02.23 חתימת העובד: _____ חתימת המעסיק: _____

שם העובד: דגית שטרן שם המעסיק: חברת שטרן

שם המעסיק: חברת שטרן חתימה וחולמת: _____

ט"א אר"א שירותי ניקיון בע"מ 0508633

5 פרטים משלימים למעסיק/מחשבה/מאושש

☐ העובד זכאי לפסוק בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תהנה 22:

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

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעברם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאושש לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושש לפי סעיף 343 (סעיף 162 בבסח הישן).

קיבוצ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחולמת: _____

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

שנה | חודש | יום

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד
טופס זה אינו משמש תביעה לדמי פגיעה. על מנת להגיש תביעה לדמי פגיעה יש
למלא טופס בל/211 הקיים באתר האינטרנט.

Scanned with CamScanner