



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](http://www.btl.gov.il)

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ עליך לצרף אישורים נוספים לפי הנדרש בטופס התביעה.
- ✍ אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה בחברה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8.
- ✍ תביעה לא חתומה (בסעיף 12 במקום המסומן ב-X) תוחזר בדואר, ותיחשב כאילו לא הוגשה עליך לחתום על ספח ויתור סודיות רפואית.
- ✍ בתביעה של עובד שכיר **על המעסיק** למלא את סעיפים 13 עד 16 ולחתום בסעיף 16.
- ✍ 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.
- ✍ **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://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 וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מספר זהות / דרכון _____	דפים _____
סוג המסמך 0   1	_____

**חותמת קבלה**

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה



**תביעה למחלת מקצוע או ליקוי רפואי עקב תנאי עבודה**

מחלת מקצוע, פרט \_\_\_\_\_  
 ליקוי רפואי, פרט \_\_\_\_\_

שכיר  עצמאי  מתנדב  
 הכשרה מקצועית  חבר קיבוץ או מושב שיתופי

1

**פרטי התובע**


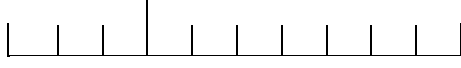
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) ס"ב
מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה	תאריך עלייה
מצב משפחתי: <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור		
<b>כתובת (הרשומה במשרד הפנים)</b>		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
		דירה
		יישוב
		מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני: _____@_____
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.		
<b>מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)</b>		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
		דירה
		יישוב
		מיקוד


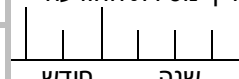
2

**פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 2א'**

**שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית**

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה	טלפון קווי
		טלפון נייד
רחוב / תא דואר	מספר בית	מס' פקס
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____		
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____		
<b>עצמאי</b>		
שם העסק	סוג העיסוק	טלפון קווי
		טלפון נייד
רחוב / תא דואר	מספר בית	מיקוד
		יישוב

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

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 
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? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 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 _____		
<b>מסירת הודעה למעסיק על המחלה או הליקוי הרפואי</b>		
שם מקבל ההודעה	תאריך מסירת ההודעה	תפקיד
_____		_____

4

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

שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה
		שנה   חודש   יום   שעה
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 <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> אחר _____

**פרטי הרופאים המטפלים**

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

5

**פרטים על שירות צבאי**

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

6

**סיוע בהגשת התביעה**

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'**

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	<input type="checkbox"/> שהייתי בעסק / בעבודתי
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 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 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

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 /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**

עיוור/ 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 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. 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 ב"ס	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 אפוסטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה	מספר זהות ב"ס

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

שם המפעל / המעסיק		מספר תיק נכויים במוסד לביטוח לאומי		
תאריך תחילת עבודה:	מעמד העובד: <input type="checkbox"/> קבוע <input type="checkbox"/> ארעי <input type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> חודשי	היקף המשרה ב-%	מספר ימי העבודה בשבוע:	
<input type="checkbox"/> אם בשלושת החודשים שקדמו למחלה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____ ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא				
<b>בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה</b>				
החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו
		יומי	חודשי	
חודש		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שם התשלום
חודש		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	לתקופה
חודש		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סכום
חודש		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שם התשלום
<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 למעסיה 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**

<p>תאריך הפגיעה</p> <table border="1"> <tr> <td style="width: 10px;"> </td> <td style="width: 10px;"> </td> <td style="width: 10px;"> </td> <td style="width: 10px;"> </td> <td style="width: 10px;"> </td> <td style="width: 10px;"> </td> <td style="width: 10px;"> </td> <td style="width: 10px;"> </td> <td style="width: 10px;"> </td> <td style="width: 10px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">יום</td> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>											יום	שנה	חודש								<p>מספר זהות/דרכון</p> <table border="1"> <tr> <td style="width: 10px;"> </td> <td style="width: 10px;"> </td> <td style="width: 10px;"> </td> <td style="width: 10px;"> </td> <td style="width: 10px;"> </td> <td style="width: 10px;"> </td> <td style="width: 10px;"> </td> <td style="width: 10px;"> </td> <td style="width: 10px;"> </td> <td style="width: 10px;"> </td> </tr> </table>											<p>קוד גמלה</p> <p style="font-size: 24px;"><b>60</b></p>
יום	שנה	חודש																														
שם פרטי	שם משפחה																															
<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 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 אודותי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח ✕ \_\_\_\_\_