



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה
מוססה التأمين الوطني
مديرية المخصصات
إصابة العمل

תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה طلب لدفع مخصصات إصابة وتبليغ عن إصابة عمل

חובה לצרף לטופס זה

עליך إرفاق ما يلي

- ⌚ תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על הנזק הרפואי שנגרם לך כתוצאה מהפגיעה.
شهادة طبية أولى للمصاب في العمل أو تقرير غرفة الطوارئ/تقرير إجمالي للوضع الصحي من المستشفى وأي وثيقة أخرى تثبت الضرر الصحي الذي سببته الإصابة.
- ⌚ עצמאי – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, יש לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה)
מستقل – إذا حصلت الإصابة في مكان خارج المصلحة, عليك إرفاق إثبات من المصدر الذي قمت بالعمل لأجله (فواتير عن تنفيذ العمل, وثيقة حجز العمل, شهادة تسليم وما شابه)
- ⌚ עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זיהוי
عامل أجنبي – يجب إرفاق صورة عن جواز السفر; سكان الضفة يجب إرفاق صورة عن الهوية.
- ⌚ מתנדבים – יש לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
متطوعون – يجب إرفاق طلب التوجيه للمتطوع من المؤسسة المخولة أو شهادة متطوع أو بطاقة متطوع.
- ⌚ בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה או צילום תעודת ביטוח.
في حوادث الطرق يجب إرفاق إثبات من الشرطة أو صورة عن شهادة التأمين.

לידיעתך

لعلمك

- ⌚ על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
وفقا للقانون, لن تُدفع المخصصات لمدة تزيد عن 12 شهرا (بأثر رجعي) من يوم تقديم الطلب.
- ⌚ אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200
إن لم تستطع القدرة على العمل أكثر, أو في حالة عودتك الى العمل رغم استمرار العجز – عليك تقديم طلب لتحديد نسبة العجز من العمل في النموذج ب/200.
- ⌚ עליך להעביר למוסד לביטוח לאומי את כל התעודות הרפואיות המצויות ברשותך לפני שתוזמן לוועדה רפואית.
عليك تحويل كل الوثائق الطبية التي بحوزتك لمؤسسة التأمين الوطني قبل أن تدعى للجنة الطبية.
- ⌚ משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, ממועד קבלתה ועד לקבלת החלטה (למעט מחלות מקצוע). לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il
يستغرق علاج الطلب منذ استلامه وحتى اتخاذ القرار ما يقارب ال 60 يوما (ما عدا أمراض المهن). من أجل راحتك, تستطيع الاطلاع على مراحل علاج الطلب في موقع الانترنت الشخصي في العنوان 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, ישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.
يمكنك استلام المكاتيب بواسطة البريد الالكتروني بدلا من البريد. لذا, عليك تعبئة تفاصيل البريد الالكتروني في الطلب. سيرسل اليك بريد الكتروني لمشاهدة المکتوب بشكل آمن في موقع الانترنت الشخصي للتأمين الوطني بدلا من البريد.

כיצד יש להגיש את התביעה كيفية تقديم الطلب

- ✎ עליך לצרף אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.
- ✎ עליך ארפאק אישורים ופיקא למה מה מילוב פי نموذج الطلب.
- ✎ אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה בחברה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8.
- ✎ يجب تعبئة التصريح في البند 8 إذا كنت صاحب سيطرة أو قريب لعائلة ذات سيطرة أو صاحب أسهم.
- ✎ תביעה שלא חתם עליה התובע (בסעיף 10 במקום המסומן ב-X) תוחזר בדואר, ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- ✎ سيتم إرجاع الطلب الذي لم يوقع عليه (في البند 10 المشار إليه ب-X) بواسطة البريد, ويعتبر كأنه لم يقدم.
- ✎ עליך לחתום על כל הספחים של ויתור סודיות רפואית.
- ✎ عليك التوقيع على جميع الملاحق للتنازل عن السرية الطبية.
- ✎ בתביעה של עובד שכיר על המעסיק למלא את סעיפים 11 עד 15 ולחתום בסעיף 14.
- ✎ في نموذج طلب العامل الأجير, على المشغل تعبئة البنود 11 حتى 15 والتوقيع في البند 14.
- ✎ תביעות של עובדים, אשר מעסיקיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 (מעסיק שקיבל הרשאה מהמוסד לתשלום דמי פגיעה ישירות לעובד), יוגשו ע"י המעסיקים.
- ✎ طلبات العمال, اذا كان أصحاب عملهم مشمولون ضمن التسوية حسب بند 22 (صاحب عمل لديه تصريح من مؤسسة التأمين لدفع مخصصات إصابة للعامل مباشرة), يقدمها صاحب العمل بنفسه.
- ✎ במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופוסות.
- ✎ في حالة تقديم الطلب بواسطة وصي – عليك تقديم حكم الوصاية.
- ✎ באפשרותך למלא את טופס התביעה ולשלוח את המסמכים און ליין (באופן מקוון) באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.
- ✎ بإمكانك تعبئة الطلب وإرسال المستندات اللازمة مباشرة (بواسطة الإنترنت) في موقع الإنترنت www.btl.gov.il.
- ✎ כמו כן, את טופס התביעה ניתן לשלוח בדואר, למסור לפקיד קבלת קהל בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך או להכניס לתיבת השירות המוצבת מחוץ לסניף.
- ✎ كما وتستطيع إرسال الطلب بواسطة البريد, تسليمه لموظف استقبال الجمهور في فرع التأمين الوطني القريب من مكان سكنك أو إدخاله لصندوق الخدمة المتواجد خارج الفرع.
- ✎ לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- ✎ للأسئلة والاستفسار عليك التوجه لهاتف رقم *6050 أو 04-8812345.
- ✎ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.
- ✎ يمكنك الاستعانة بموقع التأمين الوطني بالإنترنت للحصول على معلومات إضافية www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה التوقيع على نموذج الطلب إلزامي

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד
كتبت هذه الإستمارة بصيغة المذكر لكنّها موجهة للنساء والرجال على حدّ سواء



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה
مؤسسة التأمين الوطني
مديرية المخصصات
إصابة العمل

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	סוג המסמך
0 1	דפים

חותמת קבלה

תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה
طلب لدفع مخصصات إصابة وتبلغ
عن إصابة العمل

<input type="checkbox"/> תאונה בעבודה	<input type="checkbox"/> מחלת מקצוע	<input type="checkbox"/> שכיח	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> מתנדב	<input type="checkbox"/> הכשרה מקצועית	<input type="checkbox"/> חבר קיבוץ או מושב שיתופי
إصابة عمل	مرض بسبب العمل	أجبر	مستقل	متطوع	تأهيل مهني	عضو في كيبوتس أو قرية تعاونية

1 פרטי התובע

تفاصيل مقدم الطلب

שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) رقم الهوية / جواز السفر (إجباري إرفاق صورة عن جواز السفر لعمال أجنبي) ס"ב
תאריך לידה تاريخ الميلاد	מספר אישי בצה"ל الرقم الشخصي في الخدمة العسكرية	תאריך עלייה تاريخ القدوم الى البلاد
שנה / חודש / יום	שנה / חודש / יום	שנה / חודש / יום

מצב משפחתי
الحالة الاجتماعية

רווקה / أعزب/عزيب
 אלמנה / أرمل/ة
 פרודה / منفصلة/ة
 נשוי/אה / متزوج/ة
 גרושה / مطلقة/ة
 ידועה/בציבור / معروف للجمهور

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)
العنوان (المسجل في وزارة الداخلية)

מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلدة	דירה الشقة	כניסה المدخل	מס' בית رقم المنزل	רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد
דואר אלקטרוני بريد إلكتروني		טלפון נייד هاتف خلوي		טלפון קווי رقم الهاتف	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני أوافق على استلام مكاتيب في البريد الإلكتروني		<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS أوافق على استلام رسائل نصية			

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)
العنوان البريدي (إذا كان مختلفا عن العنوان أعلاه)

מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلدة	דירה الشقة	כניסה المدخل	מס' בית رقم المنزل	רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد
----------------------	-----------------	---------------	-----------------	-----------------------	-----------------------------------

פרטי מקום העבודה

2

תفاصيل مكان العمل

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

أجير/متطوع/تأهيل مهني

טלפון קווי رقم الهاتف _____ _____ טלפון נייד الهاتف الخليوي _____ _____ מס' פקס رقم الفاكس _____ _____	תפקיד התובע במקום העבודה وظيفة مقدم الطلب في مكان العمل		שם מעסיק/ מפעל اسم صاحب العمل/المصنع	
	מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلدة	מספר בית رقم المنزل	רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: לא כן, פרט: _____
 هل انت أحد أصحاب الشركة/صاحب سيطرة في الشركة: كلا نعم, فصل: _____

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: לא כן, פרט: _____
 هل توجد صلة قرابة بينك وبين صاحب العمل: كلا نعم, فصل: _____

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק - יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע) مستقل (إذا حصلت الإصابة في مكان خارج المصلحة, عليك إرفاق إثبات عن العمل الذي قمت به/ كان من المفروض أن تقوم به)

טלפון קווי رقم الهاتف _____ _____ טלפון נייד الهاتف الخليوي _____ _____	סוג העיסוק نوع العمل		שם העסק اسم صاحب العمل	
	מיקוד رقم المنطقة	יישוב البلدة	מספר בית رقم المنزل	רחוב / תא דואר شارع/صندوق بريد

פרטי הפגיעה

3

תفاصيل الإصابة

שעת הפסקת עבודה ساعة التوقف عن العمل	תאריך הפסקת עבודה تاريخ التوقف عن العمل	שעת הפגיעה ساعة الإصابة	היום בשבוע اليوم في الأسبوع	תאריך הפגיעה تاريخ الإصابة						
				<table border="1"> <tr> <td>יום</td> <td>חודש</td> <td>שנה</td> </tr> <tr> <td>يوم</td> <td>شهر</td> <td>سنة</td> </tr> </table>	יום	חודש	שנה	يوم	شهر	سنة
יום	חודש	שנה								
يوم	شهر	سنة								

היכן אירעה הפגיעה?
 أين وقعت الإصابة؟

במהלך העבודה: במפעל/בעסק מחוץ למפעל
 خلال العمل: في المصنع/في مكان العمل خارج المصنع

בדרך לעבודה בדרך לביתך
 (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)
 في الطريق الى العمل في الطريق الى بيتك

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר
 حوادث على الطريق: رجاء, فصل مسار طريقك للعمل أو للبيت أو لغاية أخرى

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט
 وصف الإصابة: كيف حدثت الإصابة وماذا كنت تعمل حين وقعت الإصابة (بإمكانك إرفاق كشف اضافي), فصل رجاء

האם נכחו עדים בתאונה? לא כן, פרט:
 هل كان هناك شهود على الحادث؟ كلا نعم, فصل:

שם الاسم	כתובת العنوان	מספר טלפון رقم الهاتف	חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>
			زميل للعمل صديق آخر
			زميل للعمل صديق آخر

האם מדובר בתאונת דרכים? לא כן, אם כן, נא למלא חלק 5 בעמוד הבא
 هل كان حادث سير؟ كلا نعم, اذا كان الجواب, الرجاء تعبئة قسم 5 في الصفحة التالية

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

تبلغ صاحب العمل عن الإصابة

תפקיד الوظيفة	שם מקבל ההודעה اسم مُستلم الرسالة	תאריך מסירת ההודעה تاريخ التبليغ						
		<table border="1"> <tr> <td>יום</td> <td>חודש</td> <td>שנה</td> </tr> <tr> <td>يوم</td> <td>شهر</td> <td>سنة</td> </tr> </table>	יום	חודש	שנה	يوم	شهر	سنة
יום	חודש	שנה						
يوم	شهر	سنة						

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

تفاصيل العلاج الطبي (عليك ارفاق اثبات عن التحويل الأول لتلقي علاج طبي)

מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי) من قام بعلاج الإصابة أولاً? (اسم الطبيب/الخدمة الطبية)	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך) نوع الإصابة (مثلاً: كسر, جرح, قطع)	האיבר שנפגע العضو المصاب				
שם בית החולים / מחלקה اسم المستشفى/القسم	תקופת אשפוז فترة المكوث في المستشفى	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה تاريخ وساعة تلقي العلاج الأول				
		<table border="1"> <tr> <td>שעה</td> <td>שנה</td> </tr> <tr> <td>ساعة</td> <td>سنة</td> </tr> </table>	שעה	שנה	ساعة	سنة
שעה	שנה					
ساعة	سنة					
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט هل عانيت في الماضي من مرض أو أوجاع متعلقة أو شبيهة بوضعك اليوم? <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم, فصل		קופת חולים שבה אתה חבר صندوق المرضى المؤمن لديه <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> לאומית כללית <input type="checkbox"/> לנומית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת مكابي <input type="checkbox"/> متوحيدت				

פרטי הרופאים המטפלים
تفاصيل الأطباء المعالجين

טלפון המרפאה هاتف العيادة	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל عنوان العيادة التي تلقيت أو تتلقى العلاج فيها	תחום המומחיות مجال الاختصاص	שם הרופא اسم الطبيب

5 סיוע וייצוג בהגשת התביעה

مساعدة وتمثيل في تقديم الطلب

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? לא כן,
هل قدمت طلبك بواسطة هيئة مساعدة؟ كلا نعم,

הגוף המייצג או המסייע: עו"ד חברת מימוש זכויות יד מכוונת בית חולים
الهيئة الممثلة أو المساعدة: محام شركة لتنفيذ الحقوق اليد الموجهة مستشفى

שם הגוף המייצג או המסייע: _____
اسم الهيئة الممثلة أو المساعدة:

פרטים על תאונת דרכים

6

تفاصيل عن حادث الطرق

<p>מספר התיק במשטרה رقم الملف في الشرطة</p>	<p>טיפלה בתאונה תחנת משטרה ב- محطة الشرطة التي عالجت الحادث هي-</p>	<p>1 האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? هل قُدم بلاغ للشرطة? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, כלא (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה) (إذا كان الجواب نعم, عليك إرفاق بلاغ الشرطة)</p>
<p>2 האם נפגעת בהיותך: <input type="checkbox"/> הולך רגל <input type="checkbox"/> נוסע ברכב <input type="checkbox"/> נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח) هل أصبت حين كنت: عابر سبيل أحد ركاب السيارة سائق السيارة (الرجاء إرفاق شهادة التأمين)</p>		
<p>מספר רישוי رقم الرخصة</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> מלגזה <input type="checkbox"/> טרקטור <input type="checkbox"/> אופנוע <input type="checkbox"/> מונית خاص رافعة شوكية تراكتور دراجة نارية سيارة أجرة <input type="checkbox"/> אחר, פרט _____ آخر, فصل _____ *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב. *على سائق سيارة الأجرة إرفاق نسخة عن عقد الإيجار من الحق العام ورخصة السيارة.</p>	<p>3 סוג הרכב המעורב בתאונה: نوع السيارة المشتركة في الحادث</p>
<p>4 הרכב בבעלות: פרטית <input type="checkbox"/> מקום העבודה <input type="checkbox"/> חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם) ملكية السيارة: خاصة مكان العمل شركة إيجار/ ليسانج (عليك إرفاق نسخة عن الإتفاقية) <input type="checkbox"/> רכב ציבורי <input type="checkbox"/> אחר _____ سيارة عمومية آخر _____</p>		
<p>במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה ומספר הקו إذا أصبت من سيارة عمومية, الرجاء تسجيل اسم الشركة _____ _____ رقم الخط</p>		
<p>מספר זהות / דרכון رقم الهوية / جواز السفر ס"ב</p> <p>_____</p>	<p>פרטי הנהג: שם ומשפחה تفاصيل السائق: اسم العائلة</p>	<p>5</p>
<p>מספר זהות / דרכון رقم الهوية / جواز السفر ס"ב</p> <p>_____</p>	<p>שם ומשפחה اسم العائلة</p>	<p>נוסעים נוספים ברכב: الركاب الآخرين في السيارة:</p>
<p>מספר זהות / דרכון رقم الهوية / جواز السفر ס"ב</p> <p>_____</p>	<p>שם ומשפחה اسم العائلة</p>	
<p>מס' פוליסה رقم البوليصة</p>	<p>שם חברת הביטוח اسم شركة التأمين</p>	<p>6 האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? هل قدمت دعوى ضد شركة التأمين? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח كلا نعم, الرجاء إرفاق نسخة عن إبلاغ شركة التأمين</p>

המשך:
תכּלּמּה:

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג'?
 هل قدمت أو تنوي تقديم دعوى تعويض أضرار ضد شركة التأمين أو الطرف الثالث؟

תביעה נגד _____ שם העו"ד המטפל _____
 دعوى ضد _____ اسم المحامي الذي يعالج القضية _____

כתובתו _____ טלפון _____ פקס _____
 عنوانه _____ رقم الهاتف _____ فاكس _____

התביעה הוגשה בבית המשפט השלום המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____
 قُدمت الدعوى في المحكمة _____ الصلح _____ المركزية في البلدة _____ رقم الملف المدني _____

7

7 פרטים על תאונה בנזיקין

תفاصيل دعوى الأضرار

סוג התאונה בנזיקין
 نوع الحادث

נפילה ממקום גבוה נפילה במדרגות או במדרכה פגומה התחשמלות
 سقوط من مكان مرتفع سقوط عن درج أو رصيف غير صالح صعقة كهربائية

תקיפה פגיעה מבעל חיים אחר _____
 اعتداء إصابة بسبب حيوان سبب آخر _____

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה?
 هل قدمت أو تنوي تقديم دعوى تعويض أضرار أو تعويض طرف ثالث عن الإصابة?
 כן, לא כלא, נעם, כלא

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____
 دعوى ضد _____ اسم المحامي الذي يعالج القضية _____

כתובתו _____ מס' טלפון _____
 عنوانه _____ رقم الهاتف _____

מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____
 رقم الفاكس _____ بريد الكتروني _____

האם יש ברשותך תמונות של מקום המפגע?
 هل يوجد بحوزتك صور من مكان الإصابة?
 כן לא כלא, נעם, כלא

התביעה הוגשה בבית המשפט השלום המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____
 قُدمت الدعوى في المحكمة _____ الصلح _____ المركزية في البلدة _____ رقم الملف المدني _____

פירוט העיסוקים

8

תفاصيل العمل

לפני הפגיעה

قبل الإصابة

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:
 إن لم تعمل في الأشهر الثلاثة الأخيرة التي سبقت الإصابة, الرجاء الإشارة الى السبب:

מחלה חופשה אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים
 مرض عطلة سبب آخر * الرجاء ارفاق الاثباتات اللازمة

קיבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה _____
 تلقيت مخصصات من مؤسسة التأمين الوطني, (مثلا: بطلاة, خدمة الاحتياط, عجز, شيخوخة وما شابه) نوع المخصصات _____

עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל
 عملت لدى صاحب عمل آخر/إضافي * الرجاء ارفاق اثباتات أو كشف الرواتب للأشهر الثلاثة الأخيرة

לאחר הפגיעה

بعد الإصابة

לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה
 لم أعمل بتاتا بسبب الإصابة

עד תאריך
 حتى تاريخ

שנה	חודש	יום
سنة	شهر	يوم

מתאריך
 من تاريخ

שנה	חודש	יום
سنة	شهر	يوم

שהיתי
 בעסק
 كنت في
 المصلحة

עד שעה
 حتى الساعة

שעה	דקה
ساعة	دقيقة

משעה
 من الساعة

שעה	דקה
ساعة	دقيقة

עד תאריך
 حتى تاريخ

שנה	חודש	יום
سنة	شهر	يوم

מתאריך
 من تاريخ

שנה	חודש	יום
سنة	شهر	يوم

/
 בעבודתי
 في عملي

עד שעה
 حتى الساعة

שעה	דקה
ساعة	دقيقة

משעה
 من الساعة

שעה	דקה
ساعة	دقيقة

עד תאריך
 حتى تاريخ

שנה	חודש	יום
سنة	شهر	يوم

מתאריך
 من تاريخ

שנה	חודש	יום
سنة	شهر	يوم

חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____
 عدت الى العمل بشكل كامل في تاريخ _____
 טרם חזרתי לעבודה לא נעדרתי מהעבודה
 لم أعد الى العمل بعد لم أتغيب عن العمل

עבודה
 عمل

עד שעה:
 حتى الساعة

משעה:
 من الساعة:

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו
 كانت ساعات عملي في مهنتي المتداولة أو في عملي قبل الإصابة

9

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

تصريح للتعبئة لصاحب سيطرة أو لديه صلة قرابة مع صاحب سيطرة أو أسهم في شركة فقط

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

عليك ارفاق اثباتات الدفع عن ال 12 شهرا الأخيرة (إيداعات في البنك, صور عن الشيكات وما شابه)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) _____
 ماذا كانت وظيفتك في تاريخ الاستحقاق؟ (تفاصيل العمل الذي قمت به) _____

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____
 أين نفذت عملك فعلياً؟ (عليك تسجيل العنوان) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____
 ما هي نسبة وظيفتك؟ (عليك تسجيل الأيام والساعات) _____

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

أصرح بأن المعطيات أعلاه صحيحة

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה ✕ _____
 تاريخ _____ الاسم الشخصي والعائلة _____ التوقيع ✕ _____

10 פרטי חשבון הבנק של התובע
 تفاصيل حساب البنك لمقدم الطلب

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:
 أطلب تحويل أي دفعة قد أستحقها عن هذا الطلب لحسابي الخاص المسجلة بتفاصيله أدناه:

שמות בעלי החשבון
 أسماء أصحاب الحساب

שם הבנק اسم البنك	שם הסניף / כתובתו اسم الفرع/عنوانه	מס' סניף رقم الفرع	מספר חשבון رقم الحساب

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: לחשבון הקיבוץ / המושב לחשבוני הפרטי
 لعضو كيبوتس أو قرية تعاونية: أطلب تحويل الدفعة: لحساب الكيبوتس / القرية لحسابي الخاص

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 כדיון, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.
 أوافق أن يقوم البنك بإعادة الأموال المودعة في حسابي لمؤسسة التأمين الوطني، حسب طلبها، وذلك في حال قامت المؤسسة بتحويل مبلغ ما إلى حسابي بالخطأ أو بشكل غير قانوني، سواء كان كاملاً أو جزئياً. كما ويجوز للبنك تزويد المؤسسة بتفاصيل الأشخاص الذين قاموا بسحب الأموال.

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.

أوافق بأن تتوجه المؤسسة للبنك المذكور أعلاه, بواسطة الاتصالات المحوسبة, لغرض التحقق من ملكيتي لحساب البنك أعلاه وتزويدها بالمعلومات الضرورية لهذا الغرض. وبدلاً من ذلك, معلوماً لدي بأن المؤسسة تستطيع طلب مستندات وإثباتات إضافية من أجل التحقق من تفاصيل حساب البنك المصرح عنه أعلاه ويجب علي إرفاقها حسب الطلب.

תאריך _____ חתימת מקבל התשלום * _____
 تاريخ _____ توقيع متلقي الدفع

11 פטור ממש הכנסה
 إعفاء من ضريبة الدخل

עיזור נכה 100%
 كفيف عاجز 100%

פטור חלקי * יש לצרף אישור זכאות לפטור ממש הכנסה ערב הפגיעה
 إعفاء جزئي * يجب إرفاق إثبات عن استحقاق لإعفاء من ضريبة الدخل قبل الإصابة

הצהרת התובע/מגיש התביעה

תصريح صاحب الطلب/مقدم الطلب

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. أنا الموقع أدناه أصرح بهذا أنّ جميع التفاصيل التي قدّمت ضمن هذا الطلب وملاحقه صحيحة وكاملة. أعلم أنّ تزويد تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات تعتبر مخالفة للقانون, وأنّ الشخص الذي يقوم, بالعلم أو الاحتيال, للمصادقة على دفع المخصّصات وفق هذا القانون, أو زيادتها عن طريق إخفاء تفاصيل ذات أهمية, سيعاقب بدفع غرامة أو بالسجن. أعلم أنّ أيّ تغيير في أحد تفاصيل هذا الطلب أو ملاحقه قد يؤثّر على استحقاقي للمخصّصات أو على تراكم دين, لهذا ألتزم بالتبليغ عن أيّ تغيير خلال 30 يوم. كما وألتزم بإبلاغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي سفر إلى خارج البلاد لفترة تتعدى ثلاثة أشهر.

תאריך _____
 חתימת התובע X
 توقيع صاحب الطلب _____

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

تفاصيل مقدم الطلب وليس المصاب

שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة	מספר זהות رقم الهوية ב"ו	קרבה לתובע صلة القرابة للمصاب
טלפון קווי رقم الهاتف	טלפון נייד الهاتف الخليوي	דואר אלקטרוני البريد الالكتروني	מאשר קבלת מכתבים בדואר אלקטרוני أوافق على استلام مكاتيب للبريد الالكتروني
מאשר קבלת הודעות SMS أوافق على استلام رسائل نصية		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
מאשר קבלת הודעות SMS أوافق على استلام رسائل نصية		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: ייפוי כח, צו אפוטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה. إذا كانت بحوزتك إحدى الوثائق التالية أو أكثر: توكيل, أمر وصاية, قرار محكمة أو تنازل عن السرية – يجب ارفاقها مع الطلب.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:
 إذا تم التوقيع على الطلب ببصمة اصبع, رجاء فصل:

שם העד לחתימה اسم الشاهد على التوقيع	מספר זהות رقم الهوية ב"ו
_____	_____

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

للتعبئة من صاحب العمل اذا كان مقدم الطلب أجيروا (اذا كان مستقلا – يعينه مقدم الطلب بنفسه)

13

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

تفاصيل عن الإصابة خارج العمل أو المصنع

הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה

حصلت الإصابة خارج المصنع – خلال وقت العمل

מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה _____
 مكان الإصابة: _____ ساعة الإصابة _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____
 المكان الذي كان على العامل أن يعمل فيه أو الذي عمل فيه في يوم الإصابة: _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? לא כן בדרך כלל מועסק ב: _____
 هل يعمل العامل خارج جدران المصنع بشكل دائم? كلا نعم يعمل عادة في: _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? לא כן 1. שם _____ ת.ז. _____
 هل تواجدوا عمال آخريين عند الإصابة? كلا نعم الاسم _____ رقم الهوية _____

2. שם _____ ת.ז. _____
 الاسم _____ رقم الهوية _____

תפקידו وظائفته	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת اسم العامل الذي أعطى المصاب أمر الخروج	מטרת יציאתו מחוץ למפעל هدف الخروج من المصنع	תפקיד הנפגע במפעל وظيفة المصاب في المصنع

שעת החזרה הצפויה
ساعة الرجوع المتوقعة

שעת היציאה
ساعة الخروج

פגיעה בדרך לעבודה

إصابة في الطريق الى العمل

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____
 في أي ساعة كان عليه أن يبدأ عمله? _____ أي دورية? _____ العنوان الذي كان عليه التواجد فيه للعمل? _____

פגיעה בדרך הביתה

إصابة في الطريق الى البيت

באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? כן לא, _____
 في أي ساعة أنهى عمله? _____ هل أنهى عمله في الساعة المحددة لعمله? نعم كلا,

הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____
 سبب الخروج المبكر: _____ العنوان الذي عمل فيه قبل العودة الى البيت _____

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה
 كشف الرواتب لآخر اربعة أشهر قبل التوقف عن العمل

מספר תיק ניקויים במוסד לביטוח לאומי رقم الملف في مؤسسة التأمين الوطني	שם המפעל / המעסיק اسم المصنع/صاحب العمل
<input type="text"/>	<input type="text"/>

תאריך תחילת עבודה: تاريخ بداية العمل:	מעמד העובד: <input type="checkbox"/> קבוע <input type="checkbox"/> ארעי <input type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> חודשי وظيفة العامل: <input type="checkbox"/> ثابتة <input type="checkbox"/> مؤقتة <input type="checkbox"/> يومية <input type="checkbox"/> شهرية	היקף המשרה ב-% نسبة الوظيفة ب-%	מספר ימי העבודה בשבוע: عدد أيام العمل أسبوعياً:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת היעדרות _____
 اذا تغيب العامل عن العمل في آخر ثلاثة أشهر قبل موعد الإصابة, الرجاء فصل سبب الغياب _____

ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? כן לא
 من _____ حتى _____ تغيب عن العمل. هل تلقى راتب مقابل هذه الأيام? نعم كلا

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה
 عليك تسجيل جميع مكونات الراتب في الجدول الآتي, إضافات دفعت لمرة واحدة, فروقات أو منح دفعت في الأشهر الأربعة الأخيرة قبل الإصابة

תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו إضافات لمرة واحدة, منحة أو فروقات شملت في الراتب الكلي	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח الراتب الكلي الملزم بدفع رسوم تأمين عن هذا الشهر-بالشيكال	העובד הוא العامل هو		מס' הימים בעבורם שולם השכר عدد الأيام الذي تقاضى عنها أجر	החודש, כולל חודש הפסקת העבודה الشهر, يشمل شهر التوقف عن العمل
		יומי يومي	חודשי شهري		
שם התשלום نوع الدفعة	לתקופה عن الفترة	סכום المبلغ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	חודש شهر
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	חודש شهر
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	חודש شهر
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	חודש شهر

העובד שב לעבודה בתאריך _____
 عاد العامل الى عمله في تاريخ _____

העובד לא שב עדיין לעבודה.
 لم يعد العامل الى العمل بعد.

העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: כן לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____
 يعتبر العامل أحد عمال المصنع حتى الآن: نعم كلا, توقف العامل عن العمل في المصنع بتاريخ: _____

סיבת הפסקת העבודה: _____
 سبب التوقف عن العمل: _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיך תלושי שכר _____
 اسم مكتب البرامج او مكتب الخدمة الذي يقوم صاحب العمل بإنتاج كشوفات الراتب بواسطته _____

15

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

تفاصيل عن دفع إجازات مرضية عن طريق مكان العمل/مؤسسة الإجازات المرضية

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)
 هل يستحق العامل دفعات عن إجازات مرضية عن طريق مكان العمل؟ (حتى تاريخ الإصابة)

כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: _____
 نعم, سجل عدد الأيام التي يستحقها العامل حتى تاريخ الإصابة: _____

לא, לא, העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו
 كلا, لقد استغل العامل جميع الأيام التي يستحقها

לא נצברו ימי מחלה
 لم تتراكم أيام مرضية

אחר _____
 آخر _____

העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה
 يستحق العامل دفع عن الإجازة المرضية بواسطة مؤسسة الإجازات المرضية

_____ (שם הקרן)
 (اسم المؤسسة)

16

הצהרת המעסיק

تصريح المشغل

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

نحن الموقعون أدناه نصرّح, بأن التفاصيل التي قدمها العامل والتي قدمناها نحن في نموذج الطلب صحيحة حسب معلوماتنا, ما عدا:
 الرجاء فصل التحفظات بالنسبة للإصابة, إن وجدت.

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה
 نصرّح بأن العامل كان أحد عمال المصنع/في مكان العمل حين حصلت الإصابة

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת * _____
 تاريخ _____ وظيفة الموقع _____ اسم الموقع _____ التوقيع والختم

פרטים משלימים למעסיק מורשה/ מאושר
تفاصيل إضافية لمُشغّل مرخّص / مخوّل

העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה
 يستحق العامل إعفاء بنسبة 100% من ضريبة الدخل

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

مشغّل مرخّص حسب بند النظام 22:

העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושלמנו לו דמי פגיעה כחוק.
 يُشمل العامل في المصادقة وقد تغيب من تاريخ _____ حتى تاريخ _____ ودفعنا له مخصصات إصابة وفقا للقانون.

העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.
 لم يُشمل العامل ضمن العمال الذين قُدمت عنهم المصادقة للشركة / المصنع.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

مشغّل مرخّص حسب البند 343:

אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)
 أنا مشغّل مرخّص حسب البند 343 (بند 162 في الصيغة القديمة)

קיבוץ:

كيبوتس:

הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____
 المصاب هو عضوا في كيبوتس مسجّل في التأمين من نوع _____

הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____
 المصاب ليس عضوا في كيبوتس - مسجّل في التأمين من نوع _____

חתימת המעסיק וחתימת *

توقيع وختم المشغّل
 (נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)
 (يُطلب في حالات التفاصيل الكاملة فقط)

עמוד 17 מתוך 15

ותאריך הפגיעה
ותאריך الإصابة

נא ציין את מספר תעודת זהות
الرجاء تسجيل رقم الهوية

חותמת קבלה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה
مؤسسة التأمين الوطني
مديرية المخصصات
إصابة العمل

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

تنازل عن السرية الطبية

اسم المخصصات: مخصصات إصابة
العمل

1

פרטים אישיים
تفاصيل شخصية

<p>תאריך הפגיעה تاريخ الإصابة</p> <table border="1"> <tr> <td>שנה سنة</td> <td>חודש شهر</td> <td>יום يوم</td> </tr> </table>	שנה سنة	חודש شهر	יום يوم	<p>מספר זהות/דרכון رقم الهوية/جواز السفر</p>	<p>קוד גמלה رمز المخصصات</p> <p>60</p>
שנה سنة	חודש شهر	יום يوم			
<p>שם פרטי الاسم الشخصي</p>	<p>שם משפחה اسم العائلة</p>				
<p>חבר בקופת חולים عضو في صندوق المرضى</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית كلايت <input type="checkbox"/> מאוחדת موحيديت <input type="checkbox"/> מכבי مكابي <input type="checkbox"/> לאומית لنوميت <input type="checkbox"/> אחר آخر </p>					

2

הצהרה
تصريح

אני ה"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.

אנא המועד אדנא, המזכורה תפאסילי אעלאה פי זהא אלפ, אتناזל ען הסרית הפיתית ואפלפ בהזא תזוויד מוססת התאמין הפוני או מן ימתלה, בקל המעלומאט ען מרזי, חאלתי הסחיית, העלג הזי אתלפאה, נתאגה, אי תרתיב חול إطار خاרג المنزل, אי מעלומה קאנת, כל מסנתד طبي أو تأهيلي أو نفسي عني شخصيا.

תאריך חתימת המבוטח _____ ✕
תאריך توقيع المؤمن _____ ✕