



תביעה לתשלום גמלה לתלויים בנפגעי עבודה

כיצד יש להגיש את התביעה

- עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.
- את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ובירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345.
- לתשומת ליבך, הטיפול בתביעה עלול להתארך ולפיכך מוצע להגיש במקביל גם תביעה לקצבת שארית (בל / 410).
- לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.

לידיעתך

- לאמן בלבד - חובה לצרף אישור הכנסות על כל מקור הכנסה.
- לאמנה הנמצאת בהריון - תעודה רפואית ובה פירוט על חודש ההריון.
- על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- באפשרותך לקבל את המכתבים באמצעות הדואר האלקטרוני במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני. לידיעתך, המוסד יהיה פטור ממשלוח הודעות אלו גם בדואר.


חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

4 קבלת טיפול רפואי

4

שם הרופא או השירות הרפואי שטיפלו במנוח בעת הפגיעה

שם בית החולים בו אושפז	תאריך קבלת הטיפול הרפואי לראשונה  שנה חודש יום
שם המרפאה והרופא המטפל	שם קופת החולים בה היה חבר

5 פרטים משלימים

5

שמות העדים לפגיעה

לא נכחו עדים

כן נכחו עדים. אנא מלא את פרטי העדים:

שם העד	כתובת	<input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר
שם העד	כתובת	<input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר

שם תחנת משטרה שחקרה את המקרה:

האם המנוח קיבל קיצבה מהמוסד לביטוח לאומי לא כן - ציין איזו קצבה _____

האם הוגשה או תוגש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה

לא

כן - הנתבע: _____ עו"ד: _____

האם התובע קיבל או עתיד לקבל תשלום בקשר לפגיע המגורם אחר

לא

כן (פרט) _____


6 פרטי האלמן

6

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות
ס"ב



מין

תאריך לידה

תאריך נישואין




זכר נקבה

עיסוק: שכיר עצמאי מתנדב

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

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

פרטים על תלויים אחרים בנפגע (יש לציין רק את מי שאינו אלמן או ילדים של המנוח)

9

תלוי 4	תלוי 3	תלוי 2	תלוי 1	
ס"ב	ס"ב	ס"ב	ס"ב	מס' זהות
				שם משפחה
				שם פרטי
שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום	תאריך לידה
				מין (זכר/ נקבה)
				יחס הקרבה לנפגע
				כתובת מלאה
				מקום העבודה
				הכנסה חודשית מעבודה * וממקורות אחרים
				הכנסה מתמיכת המנוח
				האם מקבל קצבה מהמוסד?
				האם גר בדירת המנוח לפני הפטירה? אם כן ציין ממתי

* אם אינו עובד – ציין את הסיבה:

פרטי חשבון הבנק של תלויים אחרים בנפגע – אם קיימים

10

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 לחשבון 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 לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

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 פרטי מושכי התשלומים.

_____ x
חתימת/חתימות השותפים לחשבון

_____ x
חתימת מקבל התשלום

_____ x
תאריך

אישור המעביד על עבודה ושכר (אם המנוח היה שכיר)

I פרטי המנוח													
שם משפחה	שם פרטי												
מספר זהות													
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>													

II פרטי המעסיק																											
שם המעסיק	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי																									
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד																								
טלפון פקס		טלפון קווי																									
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>														<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>													

III פרטי השכר															
יש לפרט בטבלה שלהלן את פרטי השכר בחודש הפגיעה ובשלושת החודשים שקדמו לפגיעה.															
בפרטי השכר יש לכלול את כל רכיבי השכר. את התוספות החד-פעמיות או המענקים ששולמו יש לפרט בטור נפרד.															
חודש	מס' הימים עבורם שולם השכר	סכום ברוטו לחודש זה	תוספת חד פעמית או מענק שנכללו בשכר ברוטו												
			שם התשלום												
			לתיקופה												
			סכום												
מס' ימי עבודה בשבוע במפעל		המנוח היה עובד <input type="checkbox"/> חודשי <input type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> חלקי <input type="checkbox"/>													
תאריך התחלת העסקת המנוח במפעל/מקום העבודה															
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>															
שנה חודש יום															
האם המנוח נעדר מהעבודה בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה?															
כן. בתאריכים: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>															
מסיבה: _____															

IV פרטים על תאונה מחוץ לעסק או למפעל	
<input type="checkbox"/> התאונה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה	
מקום הפגיעה: _____	
המקום בו היה על הנפגע לעבוד או בו עבד הנפגע ביום התאונה: _____	
האם המנוח הועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> בדרך כלל מועסק ב: _____	
האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> שמם: _____	
<input type="checkbox"/> תאונה בדרך לעבודה	
באיזו שעה היה על המנוח להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____	
האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> תאונה בדרך הביתה	
באיזו שעה סיים המנוח את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
הסיבה ליציאה המוקדמת: _____	
האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> האם המקרה נחקר ע"י הפיקוח על העבודה שבמשרד התמ"ת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא לצרף העתק מהדו"ח	

אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שנמסרו על ידי העובד ועל ידינו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל:
(נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, לגבי הפגיעה)

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

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת ✕ _____