תביעה לתשלום גמלה לתלויים בנפגעי עבודה

כיצד יש להגיש את התביעה

- לטופס התביעה יש לצרף את המסמכים הבאים: סיכום אשפוז / דו"ח מד"א / דו"ח מיון / תעודת פטירה (בהם מצוינת סיבת הפטירה).
- עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.

- **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - 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 .

- לתשומת ליבך, הטיפול בתביעה עלול להתארך ולפיכך מוצע להגיש במקביל גם תביעה לקצבת שארים (בל / 410).

- **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 לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

לידיעתך

- **לאלמן בלבד -** חובה לצרף אישור הכנסות על כל מקור הכנסה.
- **לאלמנה הנמצאת בהריון -** תעודה רפואית ובה פירוט על חודש ההריון.
- **על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.**
- **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.

<u>חובה לחתום על טופס התביעה</u>

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי עבודה

תביעה לתשלום גמלה
לתלויים בנפגעי עבודה

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
	מס' זהות / דרכון דפים סוג המסמך

1 פרטי המנוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

מין	תאריך לידה	
❑ זכר ❑ נקבה		❑ שכיר ❑ עצמאי ❑ מתנדב

התלויים בנפגע
❑ אישה ❑ הורים ❑ ילדים ❑ אחרים. פרט: _____

מעמד אישי בעת הפגיעה
❑ נשוי ❑ גרוש ❑ רווק
❑ ידוע בציבור ❑ אחר

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2 פרטי מקום עבודת המנוח בעת הפגיעה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא את סעיף 2א'

אם המנוח היה שכיר	מקום העבודה	כתובת	טלפון
אם המנוח היה עצמאי	שם העסק	כתובת	טלפון
אם המנוח היה מתנדב	שם הגוף ששלח אותו להתנדבות		

2א' פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות

❑ צה"ל ❑ משמר הכנסת
❑ שב"ס ❑ משא"ז
❑ משטרה ❑ אחר

טלפון קווי

טלפון נייד

רחוב/תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד

מס' פקס _____

תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____

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

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

3 פרטי הפגיעה

הכתובת בה ארעה הפגיעה (במפעל, בדרך וכו') _____
_____

מקום הפגיעה:

❑ במפעל או בעסק ❑ מחוץ למפעל או לעסק ❑ בדרך לעבודה ❑ בדרך הביתה

סוג הפגיעה: ❑ נפילה ממקום גבוה ❑ נפילה כתוצאה ממפגע בדרך ❑ התחשמלות ❑ תקיפה ❑ פגיעה מבעל חיים

❑ אחר, פרט _____

תיאור מלא של הפגיעה, נסיבותיה וגורמיה, בציון הציוד והמכשירים שגרמו לפגיעה (אם המקום אינו מספיק נא לצרף גיליון נוסף ובו פרטי התביעה המפורטים והמלאים): _____
_____
_____
_____
_____

תאריך הפגיעה	יום בשבוע	שעת הפגיעה
יום חודש שנה		

תאריך הפטירה	שעת הפטירה
יום חודש שנה	

במקרה של פטירה עקב תאונת דרכים: נא לציין האם נפגע בהיותו: ❑ נהג ❑ נוסע ❑ הולך רגל

סוג הרכב המעורב בתאונה _____ מס' רישוי הרכב _____

חב' הביטוח של הרכב _____ מס' פוליסת ביטוח _____(נא לצרף צילום תעודת ביטוח ורישיון רכב)

פרטי הנהג: שם: _____ ת.ז. _____

פרטי נוסעים נוספים ברכב: _____ _____

האם נמסרה הודעה על התאונה או האירוע למשטרה? ❑ לא ❑ כן, נא לצרף דו"ח משטרה

התאונה טופלה בתחנת משטרה ב- _____ מס' תיק במשטרה _____

במקרה והפגיעה נגרמה כתוצאה ממפגע, האם ברשותך תמונות של מקום המפגע ? ❑ לא ❑ כן, נא לצרף לטופס התביעה

4 סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ❑ לא ❑ כן

הגוף המייצג או המסייע: ❑ עורך דין ❑ חברת מימוש זכויות ❑ יד מכוונת ❑ 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 באפשרותו לעשות זאת, או **אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס,** יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון

5 קבלת טיפול רפואי

שם הרופא או השירות הרפואי שטיפלו במנוח בעת הפגיעה

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

6 פרטים משלימים

שמות העדים לפגיעה

❑ לא נכחו עדים

❑ כן נכחו עדים. אנא מלא את פרטי העדים:

	שם העד	כתובת	טלפון	
1				❑ חבר לעבודה ❑ מכר ❑ אחר, פרט _____
2				❑ חבר לעבודה ❑ מכר ❑ אחר, פרט _____

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

האם הוגשה או תוגש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה כנגד גורם אחר מלבד הביטוח הלאומי?

❑ לא ❑ כן , ❑ תאונת דרכים ❑ נזיקין הנתבע: _____ עו"ד: _____

זהות הנתבע _____ כתובת _____

טלפון _____ פקס _____

נא ציין היכן התביעה הוגשה : בבית משפט ❑ שלום ❑ מחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

האם התובע קיבל או עתיד לקבל תשלום בקשר לפגיעה מגורם אחר ❑ לא ❑ כן (פרט)

_____

7 פרטי האלמן

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

מין	תאריך לידה	תאריך נישואין
❑ זכר ❑ נקבה	שנה חודש יום	שנה חודש יום

עיסוק: ❑ שכיר ❑ עצמאי ❑ מתנדב

כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		_____@_____

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב

❑ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.
לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

8 פרטי הילדים מגיל 18 עד גיל 24

למוסד לביטוח לאומי מידע על ילדיך עד גיל 18 הרשומים במשרד הפנים ולכן איננו מבקשים פרטים עליהם

האם יש לך ילדים עד גיל 24? ❑ כן ❑ לא

	מספר זהות	שם הילד: שם פרטי	שם הילד: שם משפחה	תאריך לידה	בעבור ילד מעל גיל 18: האם לומד/ בשירות*/ אחר	הילד גר איתי (כן/לא
1				שנה חודש יום		
2				שנה חודש יום		

פרטים על ילדים נוספים רשום בדף נפרד

* שירות בצה"ל / קד"צ / עתודה / שירות לאומי / שירות

יש לצרף אישורים רק אם לומד, בהתנדבות בשירות לאומי, עתודה או קד"צ

אי מילוי סעיף זה ימנע בחינת זכאותך לתוספת לגמלה בעבור ילדיך

9 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 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.

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 ✘_____ חתימת/חתימות השותפים לחשבון

10 הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה 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.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי.
בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג׳ הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת www.btl.gov.il > יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות.
אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

❑ **אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.**

תאריך_____ חתימת התובע ✘_____

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

	תלוי 1	תלוי 2	תלוי 3	תלוי 4
מס' זהות	ס"ב	ס"ב	ס"ב	ס"ב
שם משפחה				
שם פרטי				
תאריך לידה	יום חודש שנה	יום חודש שנה	יום חודש שנה	יום חודש שנה
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:

12 פרטי חשבון הבנק של תלויים אחרים בנפגע – אם קיימים

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.

✘ _____	✘ _____	_____ ✘
תאריך	חתימת מקבל התשלום	חתימת/חתימות השותפים לחשבון

אישור המעביד על עבודה ושכר (אם המנוח היה שכיר)

I פרטי המנוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

II פרטי המעסיק

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי

רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון פקס

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		
			סכום	לתקופה	שם התשלום

מס' ימי עבודה בשבוע במפעל

המנוח היה עובד ❑ חודשי ❑ יומי ❑ חלקי

תאריך התחלת העסקת המנוח במפעל/מקום העבודה

יום חודש שנה

האם המנוח נעדר מהעבודה בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה?

❑ לא ❑ כן. בתאריכים: _____

מהסיבה: _____

IV פרטים על תאונה מחוץ לעסק או למפעל

❑ **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? ❑ לא ❑ כן בדרך כלל מועסק ב: _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ❑ לא ❑ כן שמם: _____

❑ **תאונה בדרך לעבודה**

באיזו שעה היה על המנוח להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____

האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימושו? ❑ לא ❑ כן

❑ **תאונה בדרך הביתה**

באיזו שעה סיים המנוח את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ❑ כן ❑ לא,

הסיבה ליציאה המוקדמת: _____

האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימושו? ❑ לא ❑ כן

האם המקרה נחקר ע"י הפיקוח על העבודה שבמשרד התמ"ת? ❑ לא ❑ כן, נא לצרף העתק מהדו"ח

V **הצהרת המעביד**

אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שנמסרו על 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 ✘_____

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

חותמת קבלה

כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: תלויים נכות מעבודה

1 פרטים אישיים של המנוח

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון		תאריך הפגיעה
21			שנה חודש יום
שם משפחה		שם פרטי	

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____

2 הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית של פרטיי המנוח/ה ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלה, מצב הרפואי, הטיפול שניתן , תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודות המנוח/ה.

תאריך _____ חתימת מגיש/ת התביעה ✘ _____ ת.ז _____