המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

בקשה לתשלום הפרשים ותשלומים נוספים בנפגעי עבודה
(דמי פגיעה או נכות מעבודה)

לידיעתך

- בקשה זו לתשלום הפרשים, מיועדת לעובד שכיר שקיבל מהביטוח הלאומי תשלום בנפגעי עבודה.

מומלץ להגיש את הבקשה במקרים הבאים:
- המעסיק שילם לך במהלך 11- החודשים שלאחר הפגיעה תשלום נוסף, שאינו מהווה חלק משכרך הרגיל, כגון: דמי הבראה, ביגוד, בונוס. זאת בתנאי שסכום התשלום הנוסף ששולם על ידי המעסיק שווה או עולה על רבע משכר המינימום (1,325 ₪ נכון לינואר 2023).
- המעסיק שילם לך הפרשי שכר עבור חודש הפגיעה או עבור שלושת החודשים שקדמו למועד הפגיעה.

- אם עבדת בעת הפגיעה אצל יותר ממעסיק אחד, יש לצרף לבקשה פירוט הפרשים מכל מעסיק בנפרד.

- **על פי החוק את הבקשה יש להגיש תוך 12 חודשים מיום קבלת התשלום על ידי המעסיק**.

- לתשומת לבך, לא נוכל לשלם הפרשים כאשר הבקשה מוגשת יותר מ- 12 חודשים לאחר קבלת התשלום.

חובה לצרף לטופס זה

- **תלוש שכר** מהמעסיק הכולל את התשלום הנוסף או ההפרשים ששולמו לך.

כיצד יש להגיש את הבקשה

יש למלא את הבקשה על פי ההנחיות ולצרף את המסמכים הנדרשים.

- **את הבקשה 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 להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט. www.btl.gov.il.

- **ניתן לקבל את המכתבים מהביטוח הלאומי באמצעות האינטרנט במקום בדואר**. לשם כך, עליך למלא בטופס הבקשה 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 הבקשה</u>

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

חותמת קבלה

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

בקשה לתשלום הפרשים ותשלומים נוספים בנפגעי עבודה

❑ דמי פגיעה ❑ נכות מעבודה
נא סמן את סוג הגמלה

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) ס"ב

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.

<u>מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים</u>

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

2 תנאי העבודה והשכר (יש לצרף תלושי שכר לחודשים עבורם שולם תשלום נוסף)

פירוט ההפרשים והתשלומים הנוספים עבור חודש הפגיעה ו/או שלושת החודשים שקדמו לה (הפרשי שכר עבור חודשים אחרים לא יזכו אותך בתשלום כלשהו).
לתשומת לב, יש לדווח רק על הפרשי שכר ותשלומים נוספים העונים על התנאים הבאים:
- ✓ התשלום שולם לך במהלך 11- החודשים שלאחר הפגיעה, ולא לאחר מכן.
- ✓ סכום התשלום הנוסף שווה לרבע משכר המינימום או גבוה ממנו.

אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בעת הפגיעה, וקיבלת הפרשים או תשלומים נוספים מיותר ממעסיק אחד - יש לפרט את ההפרשים מכל מעסיק בנפרד בסעיף 2א' ולצרף לבקשה את תלושי השכר הכוללים את התשלום הנוסף או ההפרשים ששולמו מכל מעסיק.

	חודש התשלום	סכום ההפרשים/התשלום הנוסף (₪)	מהות התשלום
1			
2			
3			
4			

2א תנאי העבודה והשכר - מעסיק נוסף (יש לצרף תלושי שכר לחודשים עבורם שולם תשלום נוסף)

פירוט ההפרשים והתשלומים הנוספים עבור חודש הפגיעה ו/או שלושת החודשים שקדמו לה (הפרשי שכר עבור חודשים אחרים לא יזכו אותך בתשלום כלשהו).
לתשומת לב, יש לדווח רק על הפרשי שכר ותשלומים נוספים העונים על התנאים הבאים:

- ✓ התשלום שולם לך במהלך 11- החודשים שלאחר הפגיעה, ולא לאחר מכן.
- ✓ סכום התשלום הנוסף שווה לרבע משכר המינימום או גבוה ממנו.

אם עבדת אצל יותר ממעסיק אחד בעת הפגיעה, וקיבלת הפרשים או תשלומים נוספים מיותר ממעסיק אחד - יש לפרט את ההפרשים מכל מעסיק בנפרד ולצרף לבקשה את תלושי השכר הכוללים את התשלום הנוסף או ההפרשים ששולמו מכל מעסיק.

	חודש התשלום	סכום ההפרשים/התשלום הנוסף (₪)	מהות התשלום
1			
2			
3			
4			

3 פרטי חשבון בנק (יש למלא סעיף זה רק אם <u>שונה</u> מפרטי הבנק אליו שולמה הגמלה)

שמות בעלי החשבון		סוג חשבון: ❑ פרטי ❑ אחר _____

שם הבנק	שם סניף/כתובת	מס' סניף	מספר חשבון

4 הצהרת התובע

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

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה 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 מהפרטים שמסרתי בבקשה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק 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** שהצהרתי 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 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.

תאריך_____ חתימת התובע ✖_____

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע:

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		_____@_____

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר : צו אפוטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה _____ ת.ז _____