



תביעה לתשלום חוב שכר עבודה ופיצויי פיטורים בפשיטת רגל ופירוק תאגיד

לידיעתך

- עובד אשר כנגד מעסיקו ניתן צו פשיטת רגל או פירוק, זכאי לגמלה בשיעור שכר העבודה ופיצויי פיטורים שמעסיקו חייב לו עד למקסימום הגמלה הקבועה בחוק והמשתנה מעת לעת, בתנאי שהמפרק או הנאמן אישר את החוב.
- הגמלה המשולמת לפי חוק אינה כוללת חוב בגין קצבת ילדי עובדים ותשלומי תגמולים למשרתים במילואים. אותם עליך לתבוע בנפרד.

כיצד יש להגיש את התביעה – הנחיות לעובד

- מומלץ להגיש את התביעה בטופס מקוון באתר המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il, תחת הכותרת "הגשת טפסים מקוונים", בטופס בל 5305.
- לנוחיותך ניתן גם להגיש את הטופס באופן ידני באמצעות הדואר לכתובת המוסד לביטוח לאומי, שד' וויצמן 13 ירושלים.
- יש למלא את סעיפים 1-5 לטופס התביעה וכן לצרף את המסמכים הבאים: שלושה תלושי שכר אחרונים, מכתב פיטורים, אישור על גובה ההפקדות לפיצויי פיטורים העומדים לזכותך בקופת הגמל וכן כל אסמכתא אחרת שקיימת ברשותך לביטוח התביעה.
- אם יש ברשותך פטור מלא או חלקי ממס הכנסה, נא לצרף אישור ממס הכנסה.
- לאחר מילוי הטופס על ידך, יש להעביר טופס זה עם המסמכים הנלווים, אל מי שהתמנה מונה ע"י בית המשפט כמפרק או נאמן או מנהל מיוחד אשר ימלא את סעיפים 6-7 בטופס התביעה.
- לקבלת פרטים נוספים בעניין פירוק או פשיטת רגל או לגבי זהות המפרק, הנאמן או המנהל המיוחד, יש לפנות למשרד המשפטים - הכונס הרשמי באחד המחוזות: ירושלים, תל אביב, חיפה או באר שבע, נצרת ולוד.
- לאחר אישור התביעה ע"י המפרק, הנאמן או המנהל המיוחד, הטופס יועבר לבדיקת המוסד לביטוח לאומי.
- לשאלות ולבירורים ניתן לפנות למוקד המוסד לביטוח לאומי בטלפון- 6050* או במספר 04-8812345.
- לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי באתר www.btl.gov.il תחת הכותרת "פשיטת רגל ופירוק תאגיד (זכויות עובדים)".

לידיעת המפרק או הנאמן

- מחלקת ביטוח זכויות עובדים במוסד לביטוח לאומי, תשלם את הסכומים אשר אושרו ע"י המפרק או הנאמן בלבד וזאת לאחר בדיקת תביעת העובד.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד
חובה לחתום על טופס התביעה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ביטוח זכויות עובדים

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ח.פ. / ת.ז. המעסיק

0	1
---	---

סוג

המסמך

דפים

--	--

תביעה לתשלום חוב שכר
עבודה ופיצויי פיטורים בפשיטת
רגל ופירוק תאגיד

חלק זה ימולא ע"י העובד

פרטי העובד

1

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב																															
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
מין ☐ זכר ☐ נקבה		האם אתה עובד כיום? ☐ כן ☐ לא		בן/בת זוג עובד/ת ☐ כן ☐ לא																															
כתובת למשלוח דואר																																			
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה																															
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני:																															
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												_____ @ _____											
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																															
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.																																			
האם אתה נמנה עם בעלי המניות בחברה? ☐ כן ☐ לא																																			
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין מעסיקך? ☐ כן, סוג הקרבה _____ ☐ לא																																			
האם נמנית בעבר עם בעלי השליטה? ☐ כן, מ _____ עד _____ (נא לצרף מסמכים) ☐ לא																																			

פרטי חשבון בנק

2

שמות בעלי החשבון		סוג החשבון																																	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												☐ פרטי ☐ קיבוץ																							
שם הבנק		שם הסניף / כתובתו		מס' סניף		מספר החשבון																													
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											

ענף המפעל

שם המעסיק

פרטי התביעה לתשלום חוב שכר עבודה או פיצויי פיטורין

תאריך התחלת עבודה במפעל _____ תאריך הפסקת עבודה במפעל _____

1. שכר עבודה אשר לא שולם ע"י המעסיק לתקופה מיום _____ ועד ליום _____ לפי _____ ש"ח ברוטו ליום - בעובד יומי, לפי _____ ש"ח ברוטו לחודש - לעובד חודשי סה"כ _____ ש"ח
2. הודעה מוקדמת לתקופה מיום _____ ועד ליום _____ סה"כ _____ ש"ח
3. משכורת י"ג _____ סה"כ _____ ש"ח
4. פדיון חופשה _____ סה"כ _____ ש"ח
5. דמי הבראה _____ סה"כ _____ ש"ח
6. ביגוד _____ סה"כ _____ ש"ח
7. הפרשי שכר לתקופה מיום _____ ועד ליום _____ סה"כ _____ ש"ח
8. אי הפרשה לקופת גמל לתקופה מיום _____ ועד ליום _____ סה"כ _____ ש"ח
9. אי הפרשה לקרן השתלמות לתקופה מיום _____ ועד ליום _____ סה"כ _____ ש"ח
10. פיצויי פיטורים המגיעים מכח חוק פיצוי פיטורים, או מכח הסכם קיבוצי _____ סה"כ _____ ש"ח
11. פיצויי פיטורים המצטברים בקופת פיצויים או ביטוח מנהלים _____ סה"כ _____ ש"ח
12. הפרשי הצמדה לתקופה מ _____ עד _____ סה"כ _____ ש"ח

סה"כ החוב המגיע _____ ש"ח

* אם לא נפתחה כלל קופה עבור המבוטח, ניתן לאשר את חלקו של המעסיק ורק עבור 12 חודשים אחרונים שקדמו לניתוק יחסי עובד מעסיק.

* אם הנך תובע הפרשי שכר בגין מספר רכיבים, אנא צרף לטופס התביעה, מכתב נלווה לטופס התביעה המפרט את הרכיבים והתקופה הנתבעת.

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 ביוזעין 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.

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/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.

תאריך _____ שם העובד _____ חתימת העובד * _____

חלק זה ימלא ע"י המפרק/נאמן

6

אישור המפרק/הנאמן לתשלום הגמלה

שם המפרק/הנאמן

כתובת

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד		דואר אלקטרוני		
שם בית המשפט המחוזי/רשם באגודות השיתופיות על ידם מונית:			שם התיק		
ע"פ צו פש"ר/פירוק מיום:			כמפרק/כנאמן של המעסיק (שם המעסיק)		
שנה חודש יום					
צורת התאגדות: (חברה/אגודה/שותפות)			מס' התיק במשרד כ.נ.ר. פר/פח:		
מס' התיק ברשם החברות/האגודות השיתופיות:			הצו פורסם בילקוט פרסומים מס':		

לאחר שעייתי בהוכחת החוב שהוגשה ע"י העובד _____ ת.ז. _____ בתאריך _____ הריני לאשר שהוכחת החוב אושרה על ידי כדלהלן:

א. שכר עבודה כמשמעותו בסעיף 1 לחוק הגנת השכר, תש"ח – 1958 לתקופה מיום _____ עד ליום _____

ב. הודעה מוקדמת לתקופה מיום _____ ועד ליום _____

ג. משכורת י"ג

ד. פדיון חופשה (לציין מס' ימים) _____

ה. דמי הבראה

ו. ביגוד

ז. הפרשי שכר לתקופה מיום _____ ועד ליום _____

ח. אי הפרשה לקופת גמל לתקופה מיום _____ ועד ליום _____

ט. אי הפרשה לקרן השתלמות לתקופה מיום _____ ועד ליום _____

י. פיצויי פיטורים לתקופה מיום _____ ועד ליום _____ לפי ש"ח לשנה _____ סה"כ _____

יא. פיצויי פיטורים המצטברים בקופת פיצויים או ביטוח מנהלים

יב. הפרשי הצמדה לתקופה מ _____ עד _____ סה"כ _____

סה"כ חוב שכר עבודה / פיצויי פיטורים _____

*אם אושרו על ידך הפרשי שכר בגין מספר רכיבים, אנא צרף לאישור זה, מכתב נלווה המפרט את הרכיבים והתקופה שאושרה.

7

בהתאם להוכחת החוב שאישרתי, יש לשלם סך _____ ₪ כשכר עבודה ופיצויי פיטורים ומסך זה יש לנכות את הניכויים הבאים עפ"י תיק ניכויים

סך _____ ₪	לפקיד שומה ב- _____	עבור ניכוי מס ומלוות
סך _____ ₪	לביטוח לאומי ב- _____	
סך _____ ₪	לקרן ביטוח _____	
היתרה בסך _____ ₪	לעובד	

תאריך _____ חתימת המפרק / הנאמן ✕ _____