



הודעה על פגיעה בעבודה

עפ"י חוק הביטוח הלאומי - ביטוח נפגעי עבודה

קרא בעיון את דברי ההסבר - מילוי מדויק של התביעה מונע עיכובים

תלוש ושמור

המסמכים שיש לצרף לתביעה:

1. תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה - שניתנה בקופת חולים או בבית - חולים ממשלתי או ציבורי.
אם הטיפול הראשוני ניתן בשירות רפואי פרטי שלא הוסמך לטיפול בנפגעי עבודה, יש לפנות לקופת החולים בה אתה חבר לשם קבלת התעודה.
יש לצרף תעודה במקור בלבד.
2. מסמכים רפואיים נוספים בקשר לפגיעה - דוח מד"א, דוח חדר מיון, דוח אשפוז, סיכום מחלה וכד'.
תעודות המשך יש לצרף לתביעה או לשלוח לסניף בו הוגשה התביעה.
לא יתקבלו העתקים אלא המקור בלבד.
4. תאונת דרכים אם הפגיעה נגרמה בתאונת דרכים יש לצרף דוח משטרה.
אם לא הוגשה תלונה למשטרה יש לצרף העתק מהתביעה לחברת הביטוח.
5. אישורי שכר - תובע שעבד ב- 3 החדשים שלפני הפגיעה בכמה מקומות עבודה, יצרף תלושי שכר מכל המעבידים.
6. העדרות מהעבודה - תובע שנעדר מהעבודה ב- 3 החדשים שלפני הפגיעה יצרף אישורים על אבטלה, מילואים, מחלה או סיבה אחרת שגרמה להעדרות.
7. חתימה על התביעה - שים לב! - כדי למנוע עיכובים יש להקפיד על מילוי הטופס בשלמותו.
יש לחתום בכל מקום המסומן ב-X.
בתביעה של עובד שכיר יש לדאוג כי המעביד ימלא את החלק המיועד לו ויחתום.

הגשת תביעה

- ❖ את התביעה יש להגיש לסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום המגורים.
- ❖ תביעות של עובדים אשר מעבידיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 יימסרו ע"י המעביד עפ"י תנאי ההסדר.
- ❖ תביעה למוסד לביטוח לאומי יש להגיש תוך 12 חודשים מיום האירוע.
המוסד רשאי לדחות תביעה שהוגשה באיחור.
- ❖ בהתאם לחוק הביטוח הלאומי, צפויים ענשי מאסר וקנסות לאדם שגרם למתן גימלה שלא כחוק במרמה או ביודעין ע"י העלמת פרטים או מסירת פרטים כוזבים.
- ❖ בכל פנייה למוסד לביטוח לאומי יש לציין את מספר הזהות, וכן להביא את תעודת הזהות בכל מקרה של פניה אישית.
- ❖ ויתור על סודיות רפואית - יש להקפיד לחתום על 4 הספחים המיועדים לויתור על סודיות רפואית על מנת שנוכל לטפל בתביעה.

המשך לעבר לדף ←

טיפול רפואי לנפגעי עבודה:

טיפול רפואי חינם ניתן ע"י שרותי בריאות כללית, קופ"ח לאומית, קופ"ח מכבי, קופ"ח מאוחדת וע"י בתי החולים הממשלתיים. הטיפול ניתן על סמך אישור מהמעביד בטופס בל/ 250.

שים לב! לא יוחזרו הוצאות טיפול רפואי פרטי לרבות טיפול שיניים.
טיפול שיניים ניתן לקבל בקופת החולים שלך בלבד.

עובד עצמאי - רשאי לפנות לקבלת עזרה ראשונה חינם. לקבלת המשך טיפול חינם עליו להמציא אישור מטעם המוסד לביטוח לאומי.

תשלום גימלת דמי פגיעה

1. בעד שני הימים הראשונים שלאחר יום הפגיעה - בהם לא היה הנפגע מסוגל לעבודה - לא ישולמו דמי פגיעה אלא אם לא היה מסוגל לעבודה במשך 12 יום לפחות, נוסף על יום הפגיעה.
2. עובד שכיר זכאי לתשלום שכר ממעבידו בעד יום הפגיעה.
3. התשלום יועבר אך ורק לחשבון הבנק הפרטי של התובע, או לחשבון המעביד - אם הוא נכלל בהסדר לפי תקנה 22. אין אפשרות לקבל תשלום דמי פגיעה בהמחאות או במזומן!
4. עובד עצמאי - לא יהיה זכאי לתשלום דמי פגיעה בעד תשעת ימי הזכאות הראשונים, בגין תאונת עבודה שאירעה ב- 1.1.1997 ואילך.
5. גימלת דמי פגיעה משולמת לכל היותר בעד תקופה של 182 ימים הנספרים מיום למחרת הפגיעה.
6. אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה לאחר תקופה זו, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות - עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/ 200.
7. נא הקפד להעביר למוסד לביטוח לאומי את כל התעודות הרפואיות המצויות ברשותך לפני שתוזמן לועדה הרפואית. האמור לעיל הם דברי הסבר כלליים והנוסח הקובע הוא נוסח החוק.



חותמת כניסה

Blank box for stamp/signature

הודעה על פגיעה בעבודה
עפ"י חוק הביטוח הלאומי - ביטוח נפגעי עבודה

- שכיר
- עצמאי
- מתנדב

סוג גימלה פיצול ביקורת

- פגיעה בעבודה
- מחלת מקצוע
- א. פרטי הנפגע**

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה
מיון <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>		מצב משפחתי	תאריך עלייה
<input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> עגונית/ה		מס' ילדים עד גיל 18	בן זוג <input type="checkbox"/> עובד <input type="checkbox"/> לא עובד <input type="checkbox"/>
רחוב	מספר בית	כניסה	דירה
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	תא דואר	מיקוד

ב. פרטי מקום העבודה

שכיר <input type="checkbox"/> שם המעסיק / המפעל / מקום העבודה	תפקיד התובע במקום העבודה	מספר טלפון	0
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד
עצמאי <input type="checkbox"/> שם העסק	סוג העיסוק	מספר טלפון	0
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד

ג. פרטי הפגיעה

שעת הפסקת העבודה	תאריך הפסקת העבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע
שנה <input type="checkbox"/> חודש <input type="checkbox"/> יום <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> במפעל <input type="checkbox"/> מחוץ למפעל <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> בדרך למעון <input type="checkbox"/>			
תאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גליון נוסף)			
בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או למעונך			

ד. פרטים משלימים

האיבר שנפגע _____ מהות החבלה (לדוגמא שבר, פצע) _____

תאריך קבלת הטיפול לראשונה _____ מי טיפל לראשונה בפגיעה _____ שם הרופא / השירות הרפואי _____

שנה _____ חודש _____ יום _____ שם בית החולים / מחלקה _____

תקופת אשפוז _____ שם המרפאה _____ שם הרופא המטפל _____

קופת החולים בה הינך חבר _____ שם המרפאה _____ שם הרופא המטפל _____

לשימוש המוסד בלבד

קוד ביטוח תיק מעביד _____ סעיף 328 יש עילה אין עילה סוג הפגיעה קוד

מסירת הודעה למעביד על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה _____

למי נמסרה ההודעה _____ תפקיד מקבל ההודעה _____

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך היום לא כן, פרט _____

שמות העדים לפגיעה

לא נכחו עדים

כן נכחו עדים שם _____ כתובת _____ חבר לעבודה מכר אחר

שם _____ כתובת _____ חבר לעבודה מכר אחר

האם יש קירבה משפחתית בינך לבין המעביד לא כן, מהי _____

האם נמסרה ההודעה למשטרה לא כן לתחנת המשטרה ב _____ מס' התיק במשטרה _____

שם חברת הביטוח בה מבוטח הרכב בו נסעת או שפגע בך כהולך רגל _____ מס' טלפון _____ פרטי הרכב: _____

מספר _____ שם הנהג _____ שם בעל הרכב _____ הרכב _____

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לנזיקין או לפיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? לא כן נגד _____

שם עורך הדין שלך וכתובתו _____ מס' טלפון _____

ה. פירוט העיסוקים

אם בשלושת החדשים שלפני הפגיעה לא עבדת נא סמן הסיבה

מחלה אבטלה מילואים חופשה אחרת _____ נא צרף אישורים.

עבדתי אצל מעבידים נוספים מצ"ב תלושי שכר ל - 3 חודשים.

חזרה לעבודה

הצהרה: אני מצהיר בזה כי שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו משעה _____ עד שעה _____

מיום _____ עד יום _____ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

מיום _____ עד יום _____ שהייתי בעסק / בעבודתי משעה _____ עד שעה _____ ומשעה _____ עד שעה _____

מיום _____ עד יום _____ שהייתי בעסק / בעבודתי משעה _____ עד שעה _____ ומשעה _____ עד שעה _____

חזרתי לעבודה מלאה ביום _____ לא חזרתי לעבודה

ו. מקום תשלום - ימולא רק ע"י מי שמעבידו אינו כלול בהסדר עפ"י תקנה 22.

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי, בקשר לתביעתי זו, אבקש להעבירו לזכות חשבוני דלהלן:

שמות בעלי החשבון	סוג החשבון <input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> קיבוץ
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו
מספר הסניף/מספר החשבון	

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי : אני מבקש להעביר את התשלום לחשבון הקבוץ החשבון הוא פרטי שלי.

ז. פטורים

עוור או נכה 100% - מצ"ב אישור לפיו אני זכאי לפטור מלא ממס הכנסה ערב הפגיעה

ח. הצהרה

אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו על-ידי בתביעתי זאת הינם נכונים. ידוע לי כי מסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק והנני תובע תשלום דמי פגיעה כחוק.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או בחלקו שולם בטעות או שלא כדין.

תאריך _____ חתימת התובע X _____

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומספר זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

למילוי ע"י המעביד אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי, ימולא ע"י הנפגע)

התאונה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה מקום הפגיעה _____

המקום בו היה על הנפגע לעבוד או בו עבד הנפגע ביום התאונה _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכתלי המפעל? כן לא בדרך כלל מועסק ב _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה לא כן שםם _____

תפקיד הנפגע במפעל _____ מטרת יציאתו מחוץ למפעל _____

שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת _____ תפקידו _____

שעת היציאה _____ שעת החזרה הצפויה _____

תאונה בדרך לעבודה, באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה _____ איזו משמרת _____

האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש? לא כן

תאונה בדרך לבית, באיזו שעה סיים את העבודה _____ האם סיים בשעה הקבועה? כן לא

הסיבה לעזיבה המוקדמת _____

י. פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעביד _____ מספר תיק מעביד במוסד _____ 9 _____

בפרטי השכר יש לכלול את כל רכיבי השכר. את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו יש לפרט גם בטור נפרד.

חודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מספר הימים עבורם שולם הסכום	מספר ימי העבודה במפעל בשבוע	העובד הוא יומי חדשי		שכר ברוטו לחודש זה בשי"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו לתקופה שם התשלום	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
חודש _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
חודש _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
חודש _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
חודש _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

תאריך התחלת העסקת התובע _____ מעמד התובע קבוע ארעי % משרה _____

התובע ממשיך להמנות על עובדי המפעל כן לא, התובע הפסיק לעבוד במפעל בתאריך _____

הנפגע שב לעבודה ביום _____ הנפגע לא שב עדיין לעבודה.

התובע נעדר מהעבודה בחודשים הנ"ל בתקופות _____ מהסיבה _____

יא. הצהרת המעביד

הצהרה: אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שנמסרו על ידי הנפגע 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 X _____

יב. פרטים משלימים

התובע זכאי לפטור בשעור 100% ממס הכנסה מעביד מורשה לפי תקנה 22

הנ"ל נכלל בהרשאה ונעדר מיום _____ עד יום _____ שילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

הנ"ל אינו נכלל בהרשאה.

מעביד מורשה לפי סעיף 343 אני מעביד מורשה לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוץ: הנ"ל חבר קיבוץ מופיע בקוד ביטוח _____ הנ"ל אינו חבר - מופיע בקוד סוג ביטוח _____

חתימת המעביד וחתימת (רק במקרים של פרטים משלימים) X _____

המוסד לביטוח לאומי

סניף _____

תאריך _____

לכבוד _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות _____ חבר קופ"ח _____

הגר ב- _____ מבקש בזה למסור למוסד לביטוח

לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה _____

המוסד לביטוח לאומי

סניף _____

תאריך _____

לכבוד _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות _____ חבר קופ"ח _____

הגר ב- _____ מבקש בזה למסור למוסד לביטוח

לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה _____

המוסד לביטוח לאומי

סניף _____

תאריך _____

לכבוד _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות _____ חבר קופ"ח _____

הגר ב- _____ מבקש בזה למסור למוסד לביטוח

לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה _____

המוסד לביטוח לאומי

סניף _____

תאריך _____

לכבוד _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות _____ חבר קופ"ח _____

הגר ב- _____ מבקש בזה למסור למוסד לביטוח

לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה _____