



## 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'.
3. 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		מצב משפחתי	תאריך עלייה
<input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> עגונה/ה		מס' ילדים עד גיל 18	בן זוג <input type="checkbox"/> עובד <input type="checkbox"/> לא עובד
רחוב	מספר בית	כניסה	דירה
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	תא דואר	מיקוד

ב. פרטי מקום העבודה

שכיר	שם המעסיק / המפעל / מקום העבודה	תפקיד התובע במקום העבודה	מספר טלפון
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד
עצמאי	שם העסק	סוג העיסוק	מספר טלפון
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד

ג. פרטי הפגיעה

שנה	חודש	יום	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת העבודה	שעת הפסקת העבודה
-----	------	-----	------------	------------	--------------------	------------------

במפעל  
 מחוץ למפעל  
 בדרך לעבודה  
 בדרך למעון

הכתובת בה אירעה הפגיעה

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 \_\_\_\_\_  
 תקופת אשפוז \_\_\_\_\_ שם בית החולים / מחלקה \_\_\_\_\_ 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"/>			סכום
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  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  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  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  X