

תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

עפ"י חוק הביטוח הלאומי - ביטוח נפגעי עבודה / מתנדבים

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 בקשר לפגיעה - דוח מד"א / חדר מיון, סיכום מחלה, בדיקות רפואיות (שמיעה, C.T. 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.
יש לצרף גם צילום מתעודת 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 - יש לחתום בכל מקום המסומן ב- X.
תביעה שאינה חתומה ע"י התובע תוחזר בדואר, ונראה בה כאילו לא הוגשה.
בתביעה של עובד שכיר יש לדאוג כי המעביד ימלא את החלק הכהה המיועד לו ויחתום.
8. מתנדבים - יש לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
שים לב! - כדי למנוע עיכובים, יש להקפיד על מילוי הטופס בשלמותו ולצרף את כל המסמכים.

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. שיהוי בהגשת התביעה פוגע בזכות לגימלה. המוסד רשאי לדחות תביעה שהוגשה באיחור.
- ❖ בהתאם לחוק הביטוח הלאומי, צפויים עונשי 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.

טיפול רפואי לנפגעי עבודה:

הטיפול הרפואי ממומן ע"י הביטוח הלאומי והוא ניתן באמצעות 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.

עובד זר - עליך לבחור באיזו קופת חולים אתה מעוניין לקבל את הטיפול הרפואי.

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.

4. עובד עצמאי - לא יהיה זכאי לתשלום דמי פגיעה בעד שנים עשר ימי הזכאות הראשונים, בגין תאונת עבודה שאירעה ב- 1.4.2005 ואילך.

5. גימלת דמי פגיעה משולמת לכל היותר בעד תקופה של 91 ימים ממחרת יום 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.

8. תביעה להפרשי דמי פגיעה יש להגיש בתוך שנה מקבלת ההפרשים.

עד למתן ההחלטה בתביעה לדמי פגיעה מוצע שתבדוק זכויותיך במסגרת נכות כללית או הבטחת הכנסה.

טופס התביעה המצ"ב ישמש גם כתביעה לדמי תאונה - לשכיר ולעצמאי בלבד עד למתן ההחלטה בתביעה לדמי פגיעה, ולמי שתביעתו נדחתה.
לתשומת לבך:
* הזכאות לדמי תאונה מותנית בהגשת התביעה תוך 90 יום מתאריך התאונה.
* אם פגיעתך תוכר כתאונת עבודה ותהיה זכאי לתשלום דמי פגיעה, נקזו מהתשלום את דמי התאונה ששולמו כמקדמה על חשבון דמי הפגיעה.

האמור לעיל הם דברי הסבר כלליים, והנוסח הקובע הוא נוסח החוק.



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה
 עפ"י חוק הביטוח הלאומי - ביטוח נפגעי עבודה / מתנדבים

מס' זהות / דרכון										פיצול	
סוג										דפים המסמך	
01											

חותמת כניסה

שכיר
 עצמאי
 מתנדב
 הכשרה מקצועית

תאונה בעבודה
 מחלת מקצוע

פיצול
 סוג גימלה

א. פרטי הנפגע

שם משפחה		שם פרטי		שם האב		מ.ז. / דרכון / ס"ב	
מספר טלפון		מספר טלפון נייד		תא דואר		עיר	
רחוב		מספר בית		כניסה		דירה	
מספר בית		יישוב		מיקוד		מספר אישי בצה"ל	
מספר טלפון		מספר טלפון נייד		תא דואר		עיר	
רחוב		מספר בית		כניסה		דירה	
מספר בית		יישוב		מיקוד		מספר אישי בצה"ל	

ב. פרטי מקום העבודה

שם המעסיק / המפעל / מקום העבודה		תפקיד התובע במקום העבודה		מספר טלפון	
רחוב		מספר בית		מספר טלפון נייד	
רחוב		מספר בית		מספר טלפון נייד	
רחוב		מספר בית		מספר טלפון נייד	

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

ג. פרטי הפגיעה

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

במהלך העבודה :
 במפעל
 מחוץ למפעל

בדרך לעבודה
 בדרך לביתך

הכתובת בה אירעה הפגיעה

תאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גליון נוסף)

שמות העדים לפגיעה

לא נכחו עדים
 כן נכחו עדים שם _____ כתובת _____
 מוכר _____ אחר _____
 חבר לעבודה _____
 מוכר _____ אחר _____

האם מדובר בתאונת דרכים כן לא
 אם כן, נא למלא חלק ה' בעמוד הבא

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך

פרטי הפגיעה	<p style="text-align: center;">מסירת הודעה למעביד על הפגיעה</p> <p>תאריך מסירת ההודעה _____</p> <p>למי נמסרה ההודעה _____ תפקיד מקבל ההודעה _____</p> <p>אם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לנזיקין, אנא השב על שאלה 8 בחלק ה'.</p>
--------------------	--

ד. פרטי טיפול רפואי

טיפול רפואי	<p>האיבר שנפגע _____ מהות החבלה (לדוגמא שבר, פצע) _____</p> <p>תאריך קבלת הטיפול לראשונה _____ מי טיפל לראשונה בפגיעה _____ שם הרופא / השירות הרפואי _____</p> <p>שנה _____ חודש _____ יום _____ שעה _____</p> <p>תקופת אשפוז _____ שם בית החולים / מחלקה _____</p> <p>קופת החולים בה הינך חבר _____ שם המרפאה _____ שם הרופא המטפל _____</p> <p>האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך היום <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____</p>
--------------------	---

ה. פרטים על תאונת דרכים

תאונת דרכים	<p>1. האם נמסרה הודעה למשטרה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> (במידה וכן נא לצרף דו"ח משטרה) <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> מס' תיק _____</p> <p>2. התאונה ארעה בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> בדרך למקום מגוריך <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/></p> <p>3. האם נפגעת בהיותך: <input type="checkbox"/> הולך רגל <input type="checkbox"/> נוסע ברכב <input type="checkbox"/> נהג ברכב (נא לצרף צלום תעודת ביטוח) _____</p> <p>4. שם הנהג _____ תעודת זהות _____</p> <p>5. בעלות הרכב: האם הרכב בבעלות מקום העבודה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> האם מדובר בהסעה מאורגנת של מעסיקך: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> האם הרכב בבעלות פרטית: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן: שם בעל הרכב _____ מס' הזהות _____</p> <p>6. מספר רישוי הרכב / המלגזה / הטרקטור / אופנוע (סמן בעיגול) שהיה מעורב בתאונה <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> _____</p> <p>7. שם חברת הביטוח וכתובתה _____ מס' פוליסת ביטוח _____</p> <p>8. האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בגין התאונה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> נגד _____ <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/></p> <p>פרטים על משרד עו"ד המטפל - שם עורך הדין _____ כתובת: _____ מס' טלפון _____</p>										

ו. פירוט העיסוקים

פרטי עיסוקי פרטי פגיעה	אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת נא סמן הסיבה		
	<input type="checkbox"/> מחלה	<input type="checkbox"/> אבטלה	<input type="checkbox"/> מילואים
	<input type="checkbox"/> עבדתי אצל מעבידים נוספים	נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל	
	חזרה לעבודה		
	הצהרה: אני מצהיר בזה כי שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו משעה _____ עד שעה _____		
	<input type="checkbox"/> טרם חזרתי לעבודה		
	<input type="checkbox"/> מיום _____ עד יום _____	לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה	
	<input type="checkbox"/> מיום _____ עד יום _____	שהייתי בעסק / בעבודתי משעה _____ עד שעה _____	
	<input type="checkbox"/> מיום _____ עד יום _____	שהייתי בעסק / בעבודתי משעה _____ עד שעה _____	
	<input type="checkbox"/> חזרתי לעבודה מלאה ביום _____		

ז. מקום תשלום

פרטים כלליים	כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי, בקשר לתביעתי זו, אבקש להעבירו לזכות חשבוני דלהלן:			
	שמות בעלי החשבון	_____	_____	_____
	שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מספר הסניף	מספר חשבון
לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: <input type="checkbox"/> אני מבקש להעביר את התשלום לחשבון הקבוץ <input type="checkbox"/> לחשבון פרטי שלי. <input type="checkbox"/>				

ח. פטור ממס הכנסה

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

ט. 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. וכן ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים כאמור. אנו השותפים לחשבון מתחייבים להשתמש בכספי הגמלה שהופקדו לחשבון עבור מקבל הגמלה.

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.

לשימוש המוסד בלבד

קוד ביטוח	תיק מעביד	סעיף 328	קוד
<input type="checkbox"/>	9	יש עילה <input type="checkbox"/> אין עילה <input type="checkbox"/>	סוג הפגיעה <input type="checkbox"/>

למילוי ע"י המעביד אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי, ימולא ע"י הנפגע)
י. 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 העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכתלי המפעל? לא כן בדרך כלל מועסק ב _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה לא כן שמם _____

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

הסיבה ליציאה המוקדמת _____

יא. 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.

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	היקף המשורה ב- %	מספר הימים עבורם שולם השכר	מספר ימי העבודה בשבוע	העובד הוא יומי חדשי	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו לתקופה שם התשלום
חודש _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
חודש _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
חודש _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
חודש _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____

תאריך התחלת העסקת העובד _____ מעמד העובד קבוע ארעי

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

העובד שב לעבודה ביום _____ העובד לא שב עדיין לעבודה.

העובד נעדר מהעבודה בחודשים הנ"ל בתקופות _____ מהסיבה _____

יא1. פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעביד/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעביד - נכון ליום התאונה

כן, ציין מס' הימים העומדים לזכותו עד ליום התאונה _____

לא העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

לא נצברו ימי מחלה

אחר _____

העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה _____

שם הקרן _____

יב. הצהרת המעביד

הצהרה: אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שנמסרו על ידי העובד 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

X

תאריך	תפקיד החותם	שם החותם	חתימה וחותמת
-------	-------------	----------	--------------

יג. פרטים משלימים

העובד זכאי לפטור בשעור 100% ממס הכנסה

מעביד מורשה לפי תקנה 22:

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

הנ"ל אינו נכלל בין העובדים שלגביהם נתנה הרשאה לחברה / למפעל.

מעביד מאושר לפי סעיף 343: אני מעביד מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

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

X

חתימת המעביד וחותמת
(רק במקרים של פרטים משלימים)

עמוד 8 מתוך 8

ויתור על סודיות רפואית

המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____
סניף _____ תאריך _____

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 שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה

ויתור על סודיות רפואית

המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____
סניף _____ תאריך _____

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 שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה

ויתור על סודיות רפואית

המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____
סניף _____ תאריך _____

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 שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה

המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____
סניף _____ תאריך _____

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 שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה