

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.
בתביעה של עובד שכיר יש לדאוג כי המעביד ימלא את החלק הכהה המיועד לו ויחתום.
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 חדשים** 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 חנם. לקבלת המשך טיפול חנם 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.
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 91 ימים ממחרת יום הפגיעה.
לגבי פגיעות שאירעו לפני 1.2.2002 - גמלת דמי פגיעה משולמת לכל היותר בעד תקופה של 182 ימים הנספרים ממחרת 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.
עד למתן ההחלטה בתביעה 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.
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

- שכיר
- עצמאי
- מתנדב

סוג גימלה	פיצול	ביקורת
-----------	-------	--------

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

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מ.ז. / דרכון / סי"ב
מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	תאריך לידה	תאריך עליה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> אלמנה/ה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> עגונה/ה
רחוב	מספר בית	כניסה	דירה
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	תא דואר	מספר אישי בצה"ל

ב. פרטי מקום העבודה

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

ג. פרטי הפגיעה

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

במהלך העבודה: במפעל בדרך לעבודה מחוץ למפעל בדרך לביתך

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 לביתך _____

ד. פרטי טיפול רפואי

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמה שבר, פצע)
תאריך קבלת הטיפול לראשונה	מי טיפל לראשונה בפגיעה
שנה חודש יום	שם הרופא / השירות הרפואי
שם בית החולים / מחלקה	שם הרופא המטפל
שם המרפאה	שם הרופא המטפל

לשימוש המוסד בלבד

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

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 _____

אם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לנזיקין, אנא השב על שאלה 8 בחלק ה'.

ה. פרטים על תאונת דרכים

1. האם נמסרה הודעה למשטרה כן (במידה וכן נא לצרף דו"ח משטרה) לא מס' תיק _____

2. התאונה טופלה ע"י תחנת משטרה ב- _____

3. האם נפגעת בהיותך: הולך רגל נוסע ברכב נהג ברכב (נא לצרף צלום תעודת ביטוח)

4. שם הנהג _____ תעודת זהות _____

5. בעלות הרכב: האם הרכב בבעלות מקום העבודה לא כן האם מדובר בהסעה מאורגנת של מעסיקך: לא כן האם הרכב בבעלות פרטית: לא כן, אם כן: שם בעל הרכב _____ מס' הזהות _____

6. מספר רישוי הרכב / המלגזה / הטרקטור (סמן בעיגול) שהיה מעורב בתאונה

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

7. שם חברת הביטוח וכתובתה _____

מס' פוליסת ביטוח _____

8. האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בגין התאונה כן נגד _____ לא פרטים על משרד עו"ד המטפל - שם עורך הדין _____ כתובת: _____ מס' טלפון _____

ו. פירוט העיסוקים

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת נא סמן הסיבה

מחלה אבטלה מילואים חופשה אחרת _____ נא צרף אישורים.

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 _____

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

ז. 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"/> קיבוץ		
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מספר הסניף	מספר חשבון

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

ח. פטורים

עורך או נכה 100% - מצ"ב אישור לפיו אני זכאי לפטור מלא 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.

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)

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 שם _____

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 _____ מס' 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	מספר הימים עבורם שולם השכר	מספר ימי העבודה במפעל בשבוע	העובד הוא יומי חדשי		שכר ברוטו לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו שם התשלום לתקופה	
			<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 העובד _____ מעמד העובד קבוע ארעי % משרה _____

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 בתקופת _____ 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

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת _____ X

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 בהרשאה.

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 _____

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

עמוד 7 מתוך 7

המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

תאריך _____

סניף _____

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 _____

תאריך _____

סניף _____

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 _____

תאריך _____

סניף _____

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 _____

תאריך _____

סניף _____

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 _____