

תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

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

חובה לצרף לטופס זה

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה (מקור בלבד), או דו"ח חדר מיון/סיכום מחלה מבית החולים או כל מסמך אחר המעיד על הנזק הרפואי שגרם להיעדרותך מהעבודה.

כיצד יש להגיש את התביעה

עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.

תביעות של עובדים, אשר מעבידיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 (מעביד שיש לו הסדר עם המוסד לתשלום דמי פגיעה ישירות לעובד), ימסרו ע"י המעביד.

את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 12226050.

לידיעתך - על פי חוק, לא תשולם הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (אחורה) מיום הגשתה.

ניתן להיעזר באתר המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

חובה לחתום על טופס התביעה



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

<input type="checkbox"/> שכיר	<input type="checkbox"/> תאונה בעבודה
<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> מחלת מקצוע
<input type="checkbox"/> מתנדב	פיצול סוג גימלה
<input type="checkbox"/> הכשרה מקצועית	

א. פרטי הנפגע

שם משפחה		שם פרטי		מ.ז. / דרכון- חובה לצרף צילום דרכון	
מין	תאריך לידה	תאריך עליה	מצב משפחתי	מס' ילדים	בן זוג
<input type="checkbox"/> ז			<input type="checkbox"/> רווק/ה	עד גיל 18	<input type="checkbox"/> עובד
<input type="checkbox"/> נ			<input type="checkbox"/> אלמנ/ה		<input type="checkbox"/> לא עובד
			<input type="checkbox"/> נשוי/אה		
			<input type="checkbox"/> גרוש/ה		
			<input type="checkbox"/> פרוד/ה		
			<input type="checkbox"/> ידוע/ה בציבור		
רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	תא דואר	עיר	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
האם יש קירבה משפחתית בינך לבין המעביד <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מהי _____			
עצמאי	שם העסק	סוג העיסוק	מספר טלפון
רחוב	מספר בית	יישוב	מספר טלפון נייד

ג. פרטי הפגיעה*

תאריך הפגיעה		שנה	חודש	יום	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת העבודה	שעת הפסקת העבודה
במהלך העבודה: <input type="checkbox"/> במפעל		בדרך לעבודה		בדרך לביתך		הכתובת בה אירעה הפגיעה		
מחוץ למפעל <input type="checkbox"/>		תאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גליון נוסף)						
שמות העדים לפגיעה								
לא נכחו עדים <input type="checkbox"/>								
כן נכחו עדים <input type="checkbox"/> שם _____ כתובת _____ <input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר								
שם _____ כתובת _____ <input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר								
האם מדובר בתאונת דרכים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אם כן, נא למלא חלק ה' בעמוד הבא								
בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך _____								
* אם מדובר בליקוי שמיעה - <u>חובה</u> לצרף בדיקת שמיעה מקורית								

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 חובה לצרף דו"ח משטרה) <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> מס' תיק _____</p> <p>2. התאונה טופלה ע"י תחנת משטרה ב- _____</p> <p>3. 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>4. 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>5. שם הנהג _____ תעודת זהות _____</p> <p>6. 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>7. מספר רישוי הרכב / המלגזה / הטרקטור / אופנוע (סמן בעיגול) שהיה מעורב בתאונה _____</p> <p>8. שם חברת הביטוח וכתובתה _____</p> <p>9. מס' פוליסת ביטוח _____</p> <p>10. 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>11. פרטים על משרד עו"ד המטפל - שם עורך הדין _____ כתובת: _____</p> <p>12. מס' טלפון _____</p>
--------------------	--

ו. פירוט העיסוקים

פרטי עיסוק ופרטי פגיעה	אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת נא סמן הסיבה	
	<input type="checkbox"/> מחלה	<input type="checkbox"/> אבטלה
	<input type="checkbox"/> עבדתי אצל מעבידים נוספים	<input type="checkbox"/> 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	סוג החשבון	<input type="checkbox"/> פרטי
	שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	<input type="checkbox"/> קיבוץ
	מספר החשבון	מספר הסניף	
<input type="checkbox"/> לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: <input type="checkbox"/> אני מבקש להעביר את התשלום לחשבון הקבוץ <input type="checkbox"/> לחשבון פרטי שלי.			

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 בשי"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 _____

עמוד 7 מתוך 7

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 _____