



המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הגמלאות
 פגיעה בעבודה
תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

| | | |
|---------------------------|---------------|---------------------------|
| מס' זהות / דרכון _____ | | לשימוש פנימי בלבד (סריקה) |
| סוג המסמך 0 1 | דפים _____ | |

חותמת קבלה

| | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> תאונה בעבודה | <input type="checkbox"/> שכיר | <input type="checkbox"/> עצמאי |
| <input type="checkbox"/> מחלת מקצוע | <input type="checkbox"/> מתנדב | <input type="checkbox"/> הכשרה מקצועית |

1 פרטי הנפגע

שם משפחה _____ שם פרטי _____

מספר אישי בצה"ל _____ תאריך לידה _____

שנה _____ חודש _____ יום _____

תאריך עלייה _____ שנה _____ חודש _____ יום _____

מצב משפחתי
 רווקה אלמנה פרודה נשוי/אה גרושה ידועה/בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

| | | | | | |
|---|------------|---------------|------|-------|-------|
| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב | מיקוד |
| טלפון קווי | טלפון נייד | דואר אלקטרוני | | | |
| <input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS | | | | | |

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

| | | | | | |
|----------------|---------|-------|------|-------|-------|
| רחוב / תא דואר | מס' בית | כניסה | דירה | יישוב | מיקוד |
|----------------|---------|-------|------|-------|-------|

2 פרטי מקום העבודה

שם מעסיק/ מפעל/ מקום עבודה _____ תפקיד התובע במקום העבודה _____

רחוב / תא דואר _____ מספר בית _____ מיקוד _____

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____ מס' פקס _____

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: לא כן, פרט: _____

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעביד: לא כן, פרט: _____

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק - יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)

| | | |
|----------------|------------|------------|
| שם העסק | סוג העיסוק | טלפון קווי |
| רחוב / תא דואר | מספר בית | יישוב |
| מיקוד | טלפון נייד | |

פרטי הפגיעה

3

| | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|---|------------|--|-----|------|-----|--|--|--|
| שעת הפסקת עבודה | תאריך הפסקת עבודה | שעת הפגיעה | היום בשבוע | <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | שנה | חודש | יום | | | |
| שנה | חודש | יום | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| היכן קרתה הפגיעה? במהלך העבודה: <input type="checkbox"/> במפעל/בעסק <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) _____ מחוץ למפעל <input type="checkbox"/> בדרך לביתך <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) _____ בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____ | | | | | | | | | | |
| תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף) _____ _____ _____ | | | | | | | | | | |
| שמות העדים לתאונה: <input type="checkbox"/> לא נכחו עדים <input type="checkbox"/> כן נכחו עדים, פרט: | | | | | | | | | | |
| 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"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן, נא למלא חלק 5 בעמוד הבא | | | | | | | | | | |
| מסירת הודעה למעביד על הפגיעה | | | | | | | | | | |
| תאריך מסירת ההודעה | למי נמסרה ההודעה? | שם | תפקיד | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | שנה | חודש | יום | | | | | | | |
| שנה | חודש | יום | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| אם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לנזיקין, אנא השב על שאלה 9 בחלק 5. | | | | | | | | | | |

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)





4

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|-----|-----|--|--|--|--|--|--|
| האיבר שנפגע | מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך) | מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי) | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה | תקופת אשפוז | שם בית החולים / מחלקה | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> <td>שעה</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | שנה | חודש | יום | שעה | | | | | | |
| שנה | חודש | יום | שעה | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| קופת חולים שבה אתה חבר | האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת | | | | | | | | | | |

| פרטי הרופאים המטפלים | | | | |
|----------------------|---------------|------------------------------------|------------------------------------|---|
| שם הרופא | תחום המומחיות | רופא קופת חולים המקבל במרפאת הקופה | רופא קופת חולים המקבל במרפאת פרטית | כתובת וטלפון המרפאה שבה טופלת/אני מטופל |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

פרטים על תאונת דרכים

5

| | | | |
|--|---|---|---|
| מספר התיק במשטרה | טיפול בתאונה תחנת משטרה ב- | האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן. (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה) | 1 |
| <input type="checkbox"/> בדרך למקום מגוריו <input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה | | התאונה אירעה: | 2 |
| <input type="checkbox"/> הולך רגל <input type="checkbox"/> נוסע ברכב <input type="checkbox"/> נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח) | | האם נפגעת בהיותך: | 3 |
| מספר רישוי  | <input type="checkbox"/> רכב <input type="checkbox"/> מלגזה <input type="checkbox"/> טרקטור <input type="checkbox"/> אופנוע <input type="checkbox"/> מונית אחר *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב. | סוג הרכב המעורב בתאונה: | 4 |
| אם הרכב בבעלות חברת השכרה/ לסינג, נא לצרף עותק מההסכם. | | בעלות הרכב: | 5 |
| מספר זהות / דרכון ס"ב  | שם ומשפחה | פרטי הנהג | 6 |
| מספר זהות / דרכון ס"ב  | שם ומשפחה | | |
| מספר זהות / דרכון ס"ב  | שם ומשפחה | | |
| מס' פוליסה | שם חברת הביטוח | האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח | 7 |
| <input type="checkbox"/> התחשמלות <input type="checkbox"/> נפילה ממקום גבוה <input type="checkbox"/> נפילה במדרגות או במדרכה פגומה <input type="checkbox"/> תקיפה <input type="checkbox"/> נשיכה מכלב <input type="checkbox"/> אחר | <input type="checkbox"/> אחר | סוג התאונה בניזקין | 8 |
| האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לתאונה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: | | נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____ כתובתו _____ מס' טלפון _____ מס' פקס _____ | |

פירוט העיסוקים

6

לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

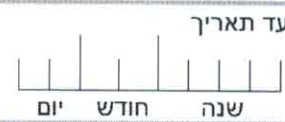
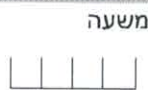
- מחלה חופשה אחרת _____ * נא לצרף אישורים מתאימים
- קיבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה _____
- עבדתי אצל מעבידים נוספים * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

אחרי הפגיעה

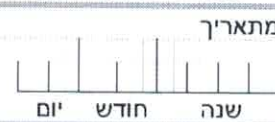
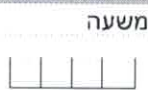
טרם חזרתי לעבודה



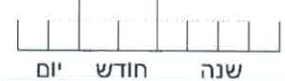
לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה



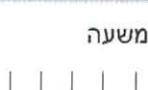
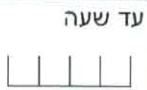
שהייתי בעסק / בעבודתי



בתאריך



חזרתי לעבודה מלאה



אני מצהיר בזאת, כי שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו

7 הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

7

חובה להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) _____

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה * _____

פרטי חשבון הבנק של התובע

8

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

| | | | |
|---------|-------------------|----------|------------|
| שם הבנק | שם הסניף / כתובתו | מס' סניף | מספר חשבון |
| | | | |

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: לחשבון הקיבוץ / המושב לחשבוני הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקדו בחשבון, בעבור מקבל התביעה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון.

אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

תאריך _____ חתימת מקבל התשלום _____ חתימת/חתימות השותפים לחשבון _____

פטור ממס הכנסה

9

עיור או נכה 100%

פטור חלקי * יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

הצהרה

10

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך _____ חתימת התובע _____

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע, נא לציין את הסיבה לכך _____

| | | |
|----------|-------|------------------|
| שם החותם | כתובת | מספר זהות ס"ב |
| | | |

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

| | |
|---------------|------------------|
| שם העד לחתימה | מספר זהות ס"ב |
| | |

למילוי ע"י המעביד אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא הנפגע)

11

פרטים על תאונה מחוץ לעסק או למפעל

התאונה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה _____

המקום שבו היה על הנפגע לעבוד או שבו עבד הנפגע ביום התאונה: _____

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

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? לא כן 1. שם _____ ת.ז. _____

2. שם _____ ת.ז. _____

| 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? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____
האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש? לא כן

תאונה בדרך הביתה

באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? כן לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו: _____

12

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

מספר תיק מעביד במוסד

שם המפעל / המעביד

9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: קבוע ארעי יומי חודשי היקף המשרה ב-% _____ מספר ימי העבודה בשבוע: _____

אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____
נא לציין ממתי עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? כן לא

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

| החודש, כולל חודש הפסקת העבודה | מס' הימים בעבורם שולם השכר | העובד הוא | | שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח | תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו | | |
|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|--------|------|
| | | יומי | חודשי | | שם התשלום | לתקופה | 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"/> | | | | |

העובד שב לעבודה בתאריך _____ העובד לא שב עדיין לעבודה.

העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: כן לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____
סיבת הפסקת העבודה: _____

13 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 את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום 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)

14 הצהרת המעביד

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים מסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל: נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה.

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת * _____

15 פרטים משלימים למעביד מורשה/ מאושר

העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעביד מורשה לפי תקנה 22:

הנ"ל נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

הנ"ל אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעביד מאושר לפי סעיף 343:

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

קיבוצי:

הנ"ל חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

הנ"ל אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעביד וחותמת *

_____ (נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1

פרטים אישיים

| | | | | | | | | | | | | |
|--|------|----------|--|-----|------|-----|--|--|--|--|--|--|
| <p>תאריך הפגיעה</p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">שנה</td> <td style="text-align: center;">חודש</td> <td style="text-align: center;">יום</td> </tr> </table> | | | | שנה | חודש | יום | | <p>מספר זהות/דרכון</p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> | | | | <p>קוד גמלה</p> <p style="font-size: 24px;">60</p> |
| | | | | | | | | | | | | |
| שנה | חודש | יום | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| שם פרטי | | שם משפחה | | | | | | | | | | |
| <p>חבר בקופת חולים</p> <p> <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר _____ </p> | | | | | | | | | | | | |

2

הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח **x** _____