

תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

ביטוח לאומי - נפגעי עבודה
מספר בקשה: 61866



כניסה לשירות

שדות המסומנים בכוכבית (*) הם שדות חובה

תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

הטופס נועד לתושבי ישראל שנפגעו בעבודה, לעובד זר שקיבל מספר מזהה 77 בביטוח הלאומי, וכן למעסיקים של עובדים שנפגעו בעבודה, הכלולים בהסדר לפי תקנה 22 או לפי סעיף 343. מעסיקים אלה חייבים לצרף הצהרה חתומה על ידי העובד, שבה העובד מאשר את הגשת התביעה באמצעות המעסיק ואת כל פרטיה.

במקרה ותאושר תביעתך למחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, נראה בתביעה זו גם תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ותוזמן לוועדה רפואית. זימונך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמסור מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שציינת. באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכוונה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז "יד מכוונת".

לטופס התביעה יש לצרף את המסמכים והאישורים הבאים:

- כל המסמכים הרפואיים הקשורים בפגיעה, כגון: **דו"ח מגן דוד אדום, דו"ח מיון, 'תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה'.**

- במקרה של תאונת דרכים - **דו"ח משטרה, הודעה לחברת הביטוח על התאונה ותעודת ביטוח חובה.**

- טופס הפניה לטיפול רפואי במחלקת תאונות עבודה בקופת חולים: **לעובד שכיר - בל/250, לעובד עצמאי - בל/283.**

- שכיר** - אישור של המעסיק חתום בחתימה וחותמת. ניתן גם לצרף תלושי שכר לשלושת החודשים שקדמו לפגיעה ותלוש שכר לחודש הפגיעה.

לתשומת לבך, העדר מסמך או חתימת המעסיק כנדרש, יעכבו את הטיפול בתביעה.

- עצמאי** - במקרה של פגיעה מחוץ לעסק, יש לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה.

- אפוטרופוס** - צו אפוטרופוסות.

- בא כוח** - יש לצרף יפוי-כח וכתב ויתור סודיות רפואית חתומים על ידי המיוצג.

- מתנדב** - טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך להפנות להתנדבות או כרטיס מתנדב.

לתשומת לבך:

- יש להכין מראש את המסמכים כקבצים לפני מילוי הטופס על מנת שתוכל לטעון אותם בטופס.
- כדי שהתביעה תשוגר עליך לצרף לפחות מסמך רפואי אחד.
- נפח כולל של כל הצרופות לא יעלה על **60MB** ואם יש לך כמה קבצים לצרף, חשוב שתקפיד לצמצם את נפח הקבצים (סריקה בשחור לבן וברזולוציה של 300 DPI)
- סוגי קבצים שאפשר לצרף: **Pdf, Bmp, Jpg, Gif, Tif, Tiff, Jpeg**
- אין לצרף קבצים המוגנים בסיסמה.

באתר האינטרנט של הביטוח הלאומי תוכל למצוא מידע מקיף על "גמלת דמי פגיעה", "נכות מעבודה"

וכן מידע על דרכי ההתקשרות עם סניפי הביטוח הלאומי ב "סניפים וערוצי שירות"

תוכל גם לפנות אלינו באמצעות האתר במדור "פנו אלינו"

מוקד תמיכה בנושאים טכניים של הטופס (כגון: שמירה, הדפסה וצירוף קבצים) בטלפון: 1299 (ימים א'-ה' בין השעות 08:00-19:00).

מוקד ארצי של הביטוח הלאומי *6050 או 04-8812345 (ימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00).

התביעה מוגשת על ידי:

נפגע

הנפגע:

מספר זהות/מזהה בביטוח הלאומי

313450264

עובד זר

תושב ישראל

תביעתי מוגשת כ:

מחלת מקצוע

תאונת עבודה

פרטי התובע והפגיעה

פרטי התובע ופרטי הפגיעה

אופן העסקה בעת הפגיעה:

שכיר

עצמאי

מתנדב

הכשרה מקצועית

חבר קיבוץ/מושב שיתופי

נפגעתי כשהייתי:

עצמאי

נפגעתי בתאונה באתר בנייה

לא

כן

אני נמנה עם כוחות הביטחון

לא

כן

סיוע בהגשת התביעה

אני מקבל סיוע בהגשת התביעה:

כן

לא

פרטי התובע

שם פרטי

לירן

שם משפחה

שם טוב

מספר תעודת זהות או מספר מזהה

313450264

מין (כפי שמופיע בתעודת הזהות)

זכר

נקבה

תאריך לידה

08/05/2025

מספר טלפון נייד

052-5664592

הזנה חוזרת של מספר טלפון נייד

052-5664592

מספר טלפון נוסף

כתובת הדואר האלקטרוני נדרשת לצורך שליחת אישור הבקשה.

דואר אלקטרוני

liranst13@gmail.com

אימות דואר אלקטרוני

liranst13@gmail.com

☒ אני מסכים לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים דיגיטליים (הודעות טקסט ודואר אלקטרוני), במקום בדואר רגיל

אני מקבל או זכאי לתשלום/תגמול ממשרד הביטחון

☐ כן

☒ לא

אני שולט בשפה עברית

☒ כן

☐ לא

☐ המען למכתבים שונה מהכתובת שמעודכנת במשרד הפנים

פרטי חשבון הבנק של התובע

לתשומת ליבך, יש למלא מספר חשבון בנק של האדם עבורו מבקשים את התביעה/ אפטרופוס

שם מלא בעל החשבון

לירן שם טוב

בנק

מספר/שם הסניף

מספר חשבון (ללא תווים מיוחדים)

דיסקונט

56 - הרצל 30 , פתח תקווה

124677535

יש לי פטור מתשלום מס הכנסה

☐ כן

☒ לא

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

היום בשבוע

שעת הפגיעה

19/12/2024

יום ה

22:30

תאריך הפסקת עבודה

שעת הפסקת עבודה

19/12/2024

21:15

היכן אירעה הפגיעה

האם מדובר בתאונת דרכים?

בדרך לביתי

כן

לא

אני מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי העסק

☐ כן

☒ לא

ידועה לי כתובת מקום הפגיעה

☒ כן

☐ לא

כתובת מקום הפגיעה

יישוב

רחוב

מספר בית

פתח תקווה

הירקונים

57

מספר דירה

תאר את המקום בו אירעה הפגיעה:

במהלך חזרתי הביתה ממקום העבודה באופנים חשמלים היו מפגע תברואתי בכביש בור ענק שלתוכו נבלעתי נחבלתי ארצה על האדמה

הפגיעה אירעה בדרך לביתי

בתאונות בדרך, פירוט מסלול דרכי לעבודה או לביתי או ליעד אחר:

מתחנת רכבת סגולה פתח פתקוה לביתי מינץ 7 פתח תקוה

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה עסקתי בזמן הפגיעה

במהלך חזרתי הביתה ממקום העבודה באופנים חשמלים היו מפגע תברואתי בכביש בור ענק שלתוכו נבלעתי נחבלתי ארצה על האדמה נעתי באופניים חשמלים מציוד בקדה קדסה.

הכתובת שבה אירעה הפגיעה

הירקונים 57 פתח תקוה

לידיעתך

יש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על אבחנה רפואית או הליקוי הרפואי, כמו: תוצאות בדיקות , סיכום רפואי, פענוח הדמיה וכדומה.

מסירת הודעה למעסיק

תאריך מסירת ההודעה

DD/MM/YYYY

שם מקבל ההודעה

תפקיד

פרטי הטיפול הרפואי

האיבר שנפגע

ראש, גב תחתון, וגבה גפה ימנית

מהות החבלה / מהות הליקוי

בור בכביש

מי טיפל לראשונה בפגיעה?

לא ידוע

תאריך קבלת הטיפול לראשונה

20/12/2024

שעת קבלת הטיפול לראשונה

21:30

פרטי הרופאים המטפלים

רופא 1

שם הרופא

תחום המומחיות

כתובת המרפאה שבה טופלתי/ אני מטופל

מספר הטלפון של המרפאה

הנרייטה סולד

פרטים על תאונה בנזיקין

הגשתי או בכוונתי להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה:

כן

לא

הגשתי תביעה לחברת הביטוח

לא

כן

הגשתי או בכוונתי להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג':

כן

לא

נתוני תעסוקה

נתוני תעסוקה

פרטי המעסיק אצלו נפגעתי

שם המעסיק/מפעל או שם העסק

נינג'ה פרו רענגנה

תפקיד/עיסוק במקום העבודה או סוג העיסוק

מאמן נינג'ה

מספר בית

רחוב

יישוב

רעננה

הסדנא

15

מספר טלפון מעסיק

אימות מספר טלפון מעסיק

051-5190508

051-5190508

טלפון נייד - מעסיק

טלפון נייד - מעסיק- הזנה חוזרת

051-5190508

051-5190508

לתשומת לבך, מספר תיק הניכויים בביטוח הלאומי מופיע בתלוש המשכורת. הוא מכיל 11 ספרות ומתחיל בספרה 9. במידה ובתלוש מופיע מספר תיק ניכויים בעל 9 ספרות, יש להוסיף שני אפסים בסוף המספר. לדוגמא: **98765432100**.

מספר תיק ניכויים בביטוח הלאומי

האם הנך בעל מניות ו/או בעל שליטה?

☐ כן

☒ לא

האם יש קרבה בינך לבין מעסיקך?

☐ כן

☒ לא

יש לי ואני אצרף לתביעה את אישור המעסיק על הכנסות ושכר

☐ כן

☒ לא

בחודש הפגיעה ובשלושת החודשים שקדמו לה:

☒ עבדתי

☐ לא עבדתי

עבדתי

☐ עבדתי כרגיל

☒ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף

תשומת ליבך, יש לצרף בחלק ההצהרות והשליחה אישורים או תלושי שכר לחודש הפגיעה ולשלושת החודשים שקדמו לו.

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

☐ משעה + עד שעה [מפורט למטה]

☐ עבודה במשמרות

פרטים על עבודה לאחר הפגיעה

לאחר הפגיעה:

☐ עבדתי

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ טרם חזרתי לעבודה

כתב ויתור סודיות

כתב ויתור סודיות

טופס זה מיועד למילוי על ידי תושבי ישראל או בעלי מספר מזהה זמני בביטוח הלאומי (מתחיל בספרות 77), התובעים קצבה לנפגע בעבודה, המוותרים על סודיות רפואית ומבקשים למסור לביטוח הלאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למצבם הרפואי

מספר זהות או מספר מזהה:

313450264

בשדה זה יש למלא:

מספר תעודת זהות (כולל ספרת ביקורת) או מספר מזהה שהונפק על ידי ביטוח לאומי המתחיל ב - 77(לבעלי אשרה)

שם פרטי	שם משפחה	תאריך הפגיעה
לירן	שם טוב	19/12/2024
קופת חולים	דואר אלקטרוני	
כללית	liranst13@gmail.com	

אני החתום מטה שפרטי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור לביטוח הלאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי ותוצאותיו, מידע על סידור במסגרת חוץ ביתית, כל מסמך רפואי/שיקומי, פסיכיאטרי או כל מידע אחר שיידרש על ידם אודותיי.

☒ בסימון תיבה זו אני מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בטופס ההסכמה הם נכונים ומלאים

חתימה

שדה חתימה ידנית

תאריך חתימה

05/01/2025

הצהרות ושליחה

הוספת מסמכים ואישורים לטופס

אישורים לבקשה

במידה ויש יותר ממעסיק אחד יש לצרף טופס עבור כל מעסיק. טופס מעסיק להורדה

אם יש לך מספר קבצים לצרף, חשוב שתקפיד לצמצם את נפח הקבצים.

לתשומת ליבך:

נפח כולל של כל הצרופות לא יעלה על 60 MB

לצמצום נפחים הסריקה צריכה להתבצע בשחור לבן, וברזולוציה שהינה עד 300 dpi

מדריך לצמצום נפח קובץ

סוגי הקבצים שניתן לטעון הם: PDF,BMP,JPG,GIF,TIF,TIFF,JPEG

לתשומת ליבך, במידה ואתה מצרף קובץ מוגן בסיסמא, לא נוכל לקלוט את הקובץ, ולכן מומלץ לא לצרף קבצים מוגנים בסיסמא

מסמכים רפואיים

מסמך רפואי 1

אישור על טיפול רפואי ראשון עקב הפגיעה

אישורים כלליים

אישור על עבודה שביצעתי במקרה שהפגיעה אירעה מחוץ לעסק

תמונות ממקום המפגע

אישורים על הכנסות

אישור מעסיק 1

אישור מעסיק

להדפסת הטופס למילוי על ידי המעסיק לחץ כאן

אישור המעסיק על הכנסות ושכר

תלוש שכר 1

תלוש שכר

אישורים נוספים

הצהרת התובע

אחר 1

שם מסמך

אחר

הצהרת התובע

אני החתום מטה תובע דמי פגיעה, ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לקצבה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום, על ידי פניה לסניף הביטוח הלאומי הקרוב למקום מגורי.

אני מסכים שהבנק אליו תופקד הקצבה, 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.

ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיעה כתוצאה ממחלת מקצוע או ליקוי רפואי עקב תנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, נדרשת הגשה נפרדת לנכות מעבודה.

יש להדפיס את הצהרת התובע (הנפגע) להחתים את העובד ולצרף את המסמך לטופס

☐ בסימון תיבה זו אני מצהיר על הסכמתי לכל הכתוב לעיל

☐ אני מסכים לוועדה רפואית בוידיאו צ'ט

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מסרב לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה:

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותיי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

במקרה ותאושר תביעתך למחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, נראה בתביעה זו גם תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ותוזמן לוועדה רפואית. זימונך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמסור מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שציינת.

באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכוונה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז "יד מכוונת" .

חתימה

שדה חתימה ידנית

תאריך חתימה

05/01/2025

הטופס מיועד לשני המינים כאחד, אך לעיתים מנוסח בלשון זכר או נקבה.

טופס זה מכיל מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות.