



תביעה לתשלום דמי תאונה
על פי חוק הביטוח הלאומי - ביטוח נפגעי תאונות
דברי הסבר

קרא בעיון וחסקת לך טרחה!

1. עובד שכיר שנפגע בתאונה, זכאי לתשלום דמי תאונה בשיעור של 75% משכר עבודתו הממוצע ב- 3 החודשים שקדמו ליום בעדו מגיעים לראשונה דמי תאונה בתנאי שלא קיבל תשלום לפי חוק או הסדר אחר.
2. עובד עצמאי שנפגע בתאונה, זכאי לתשלום דמי תאונה בשיעור של 75% מהכנסתו על פיה משלם את דמי הביטוח.
3. מי שאינו עובד ואינו עובד עצמאי ועקרת בית שנפגעו בתאונה זכאים לתשלום דמי תאונה בשיעור של 25% מהשכר הממוצע במשק מחולק ב- 30.
4. שכיר/עצמאי - בעד היומיים הראשונים שלאחר יום התאונה בהם לא היה מסוגל לעבודה ולא לעבודה מתאימה אחרת - לא ישולמו דמי תאונה, אלא אם לא היה מסוגל לעבודה במשך 12 יום לפחות, בנוסף על יום הפגיעה.
5. מי שאינו עובד ואינו עובד עצמאי ועקרת בית - לא ישולמו להם דמי תאונה בעד 14 הימים הראשונים שלאחר יום התאונה, שבהם אבד להם כושר התפקוד.
6. דמי תאונה ישולמו לתקופה רצופה עד 90 יום, בשנת כספים אחת (גם במקרה של יותר מתאונה אחת). בתום תקופת 90 הימים קיימת אפשרות לפנות למחלקת נכות כללית במוסד לביטוח לאומי לבדיקת המשך זכאותך.
7. עליך לצרף לתביעה תעודה רפואית ראשונה לנפגע בתאונה חתומה ע"י רופא (**התעודה מצורפת כנספח לטופס**).
8. יש להוסיף המחאה מבוטלת או אישור מהבנק על פרטי בעלי החשבון.

בהעדר אחד מהמסמכים האלה, לא תתקבל בקשתך.

יש למלא את טופס התביעה על כל פרטיו ולהגישו לסניף המוסד לביטוח לאומי. התביעה תוגש תוך 90 יום מתאריך התאונה, המוסד רשאי לדחות תביעה שהוגשה באחור.

בכל הפניות למוסד לביטוח לאומי יש לציין את מספר הזהות, וכן להביא את תעודת הזהות בכל מקרה של פניה אישית.

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

חותמת תאריך
קבלה

המוסד לביטוח לאומי
ביטוח תאונות
תביעה לתשלום דמי תאונה

פרטי הנפגע

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות ס"ב
שם האב	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	תאריך עלייה	מצב משפחתי
		<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה	<input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> עגון/ה
מעמד			
<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> עקרת בית <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ			

מען מגורים

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
תא דואר	יישוב תא דואר	מיקוד תא דואר	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	05
					שם הנמען (אם אינו הרשום מעלה)

פרטי התאונה

תאריך התאונה	היום בשבוע בו ארעה הפגיעה
הכתובת בה ארעה התאונה	
שעת הפגיעה	תאריך הפסקת העבודה

תאור התאונה - כיצד נגרמה החבלה (ניתן לצרף דף נוסף)

האיבר שנפגע _____ מהות החבלה (לדוגמא שבר, פצע) _____

מי טיפל לראשונה בפגיעה _____
שם הרופא/שרות רפואי _____

תאריך קבלת הטיפול לראשונה _____
שנה חודש יום שעה

תקופת אשפוז _____ שם בית החולים והמחלקה _____

קופת חולים בה הנך חבר _____

שם המרפאה בה אתה מקבל טפול רפואי בד"כ _____

שם רופא המשפחה _____

פרטים משלימים

1. האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך היום

_____ לא כן, פרט _____

2. האם נמסרה הודעה למשטרה

_____ לא כן, לתחנת המשטרה ב- _____

מספר התיק שנפתח במשטרה _____

3. העדים לתאונה

_____ לא נכחו עדים

_____ כן נכחו עדים שם _____ כתובת _____

_____ שם _____ כתובת _____

_____ שם _____ כתובת _____

4. האם הגשת או הנך עומד להגיש תביעה לנזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לתאונה?

_____ לא כן, נגד _____

שם עורך הדין שלך וכתובתו _____

פרוט העיסוקים בשלושת החודשים שלפני הפגיעה

_____ לא עבדתי כלל, הסיבה _____

_____ עבדתי בחודשים _____

_____ לא עבדתי בחודש _____ הסיבה _____

פרטי חשבון בנק

<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> קיבוץ	סוג החשבון	שמות בעלי החשבון
	מספר הסניף	שם הסניף/כתובתו
	מספר החשבון	שם הבנק

אנו מתחייבים להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון החשבון. אנו מסכימים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה. אנו מסכימים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך החשבון, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום כלשהו בטעות, או שלא כדין, וכן ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים כאמור. אנו השותפים לחשבון, מתחייבים להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, עבור מקבל הגמלה.

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי : אני מבקש להעביר את התשלום :

לחשבון הקיבוץ לחשבוני הפרטי

חתימת
חתימות
השותפים
לחשבון **x**

חתימת
מקבל
הגמלה **x**

תאריך _____

הצהרה

אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו על-ידי בתביעתי זו הינם נכונים. ידוע לי כי פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק והנני תובע תשלום דמי תאונה כחוק.
לעובד עצמאי: אני מצהיר בזאת כי בתקופה עברה הוגשו תעודות אי - הכושר לא עסקתי בעבודה כלשהי.
 תאריך _____ חתימת התובע _____

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומספר זהותו.

אם התביעה נחתמה בתביעת אצבע נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

הנך מתבקש לחתום גם על יפוי הכוח שבתחתית הגיליון, על מסירת אינפורמציה רפואית.

העדר חתימה ע"ג הטופס יגרום לעיכוב בטפול

המוסד לביטוח לאומי
סניף _____

המוסד לביטוח לאומי
סניף _____

לכ' _____

לכ' _____

תאריך _____

תאריך _____

אני _____ הח"מ

אני _____ הח"מ

מס' ת.ז. _____

מס' ת.ז. _____

מרפאה _____

מרפאה _____

שם הרופא _____

שם הרופא _____

קופת חולים _____

קופת חולים _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיי.

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שיידרש על ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיי.

חתימה _____

חתימה _____

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר

1. פרטים על המעסיק:

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים	מספר טלפון
רחוב	מספר בית	יישוב
	מיקוד	מספר פקס

2. פרטים על השכר:

בפרטי השכר יש לכלול את כל רכיבי השכר, (רצוי לצרף תלושי שכר)

שם התשלום	תוספת חד פעמית או מענק שנכללו בשכר ברוטו		סכום ברוטו לחודש זה בש"ח	העובד הוא		מס' הימים עבורם שולם שכר במפעל בשבוע	מס' הימים שולם שכר	תקופה	
	לתקופה	סכום		יומי	חודשי			עד תאריך	מתאריך

תאריך התחלת העסקת העובד _____

העובד הפסיק לעבוד בתאריך _____

העובד שב לעבודה ביום _____ לא שב עדיין לעבודה

העובד נעדר מהעבודה ברבע השנה בתקופות _____

מהסיבה _____

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

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעביד

כן, מס' הימים שלזכותו _____

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 _____

(יש להעביר לקרן למילוי בעמוד הבא)

חתימה וחותמת המעביד

למילוי ע"י קרן לדמי מחלה

אישור על זכאות/אי זכאות לתשלום דמי מחלה באמצעות קרן.

כידוע על סמך סעיף 155 לחוק, מבוטח לא יהיה זכאי לתשלום דמי תאונה עבור תקופה שבעדה הוא זכאי לתשלום דמי מחלה מקופות גמל או קרנות וכו', בעד תקופת אי-כושר לעבודה או אובדן כושר תפקוד. לפיכך על מנת שנוכל לטפל בתביעתו לתשלום דמי תאונה, נודה לכם אם תמלאו הפרטים הרשומים מטה:

הנני לאשר בזה כי:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' זהות _____
פנה אלינו ביום _____ והינו חבר בקרן.

זכאי לדמי מחלה

לתאריך _____ עומדים לזכותו _____ ימי מחלה

ניצל את כל ימי המחלה

אינו זכאי לדמי מחלה - סיבה _____

הערות _____

_____ חתימה וחותמת

_____ שם החותם ותפקידו

_____ תאריך

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בתאונה

שם משפחה		שם פרטי		שם האב		מס' הזהות	
רחוב		מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	
שנת הלידה		<input type="checkbox"/> לא חבר <input type="checkbox"/> חבר		מס' פנקס חבר		שעת התאונה	
הגיע לטיפולנו בעקבות התאונה ביום		שעה		<input type="checkbox"/> עובד שכיר <input type="checkbox"/> עובד עצמאי <input type="checkbox"/> עובד בית <input type="checkbox"/> אחר, פרט			

ב. למילוי ע"י הרופא

מקצוע/משלח יד

תאור התאונה לפי דברי הנפגע _____

פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול _____

הממצא הקליני _____

צילומי רנטגן נעשו במכון _____ ביום _____ הממצא _____

האבחנה _____

הטיפול שניתן על ידנו _____

הערות ופרטים נוספים _____

עובד שכיר ועובד עצמאי

לדעתי אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת במשך _____ ימים; היינו מיום _____ עד יום _____ בכלל כתוצאה מהתאונה.

עקרת בית

כתוצאה מהתאונה אינה מסוגלת לעבודות משק הבית במשך _____ ימים; היינו מיום _____ עד יום _____ בכלל.

אינו עובד ואינו עובד עצמאי

כתוצאה מהתאונה עליו להיות מאושפז ו/או מרותק לביתו במשך _____ ימים; היינו מיום _____ עד יום _____ בכלל.

חתימת הרופא השירות הרפואי המוסמך

שם הרופא החותם

תאריך מתן התעודה