

תביעה לתשלום גמלה לתלויים בנפגע עבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי - ביטוח נפגעי עבודה

דברי הסבר והנחיות למילוי והגשת הטופס

הזכאות לגמלת תלויים

לגמלת תלויים (קצבה או מענק) זכאים, בתנאים מסוימים, בני משפחתו של מבוטח בביטוח נפגעי עבודה (עובד שכיר או עצמאי), שנפטר כתוצאה מפגיעה בעבודה (תאונת עבודה או מחלת מקצוע).

בני המשפחה הזכאים לגמלה הם אלמן/ה וילדי המבוטח/ת, ובתנאים מסוימים - הורים, אחים, או סב/תא שהמבוטח/ת היה מפרנסם.

הגשת התביעה

- ◆ תביעה לגמלת תלויים יש להגיש למוסד לביטוח לאומי מוקדם ככל האפשר. ולא יאוחר מ- 12 חודשים מיום הפטירה.
- ◆ הגשת התביעה במועד מאוחר יותר עלולה לפגוע בזכות לגמלה, כולה או חלקה.
- ◆ את התביעה יש להגיש לסניף המוסד לביטוח לאומי שבאזור מגורי התובע/ת.
- ◆ ניתן לשלוח את התביעה בדואר.
- ◆ בהתאם לחוק הביטוח הלאומי, צפויים ענשי מאסר וקנסות לאדם שגרם למתן גמלה שלא כחוק במרמה או ביודעין ע"י העלמת פרטים או מסירת פרטים כוזבים.

המסמכים שיש לצרף לתביעה

אלמן

1. אשור על הכנסות לגבי אלמן אשר אין עמו ילד והוא אינו מסוגל לכלכל עצמו.
2. תעודה רפואית על מצב בריאותו של אלמן, שאינו מסוגל לכלכל את עצמו, ואין עמו ילד.

אלמנה

1. תעודה רפואית לאלמנה הנמצאת בהריון ובה אשור על חודש ההריון.
2. תעודה רפואית על מצב בריאותה של אלמנה שאינה מסוגלת לכלכל את עצמה וטרם מלאו לה 50 שנה ואין עמה ילדים.

ילדים

1. אשור בית הספר על לימודי ילד בגיל 18-20 שנה או אשור מהמוסדות שנקבעו לכך על שירות לאומי של בת בגיל 18-22.
2. אשור מצה"ל על שירות סדיר של ילד שטרם מלאו לו 22 שנה, בציון מועד הגיוס ומועד השחרור הצפוי.
3. אשור מצה"ל על שירות במסגרת קדם צבאית או שירות של"ת לאחר החיול.
4. אשור על דחיית השירות הצבאי עקב לימוד בעתודה.
5. אשור על דחיית השירות הצבאי עקב שירות בהתנדבות.

תובעים אחרים

1. תעודה רפואית על מצב בריאותם של הורים, אחים/יות או סב/תא של המנוח שאינם מסוגלים לכלכל את עצמם.
2. אשור על הכנסות מעבודה או ממקורות אחרים.



לשימוש פנימי בלבד

מספר זהות ס"ב									
מס' זהות					סוג				
דפים					המסמך				

חותמת הסניף ותאריך קבלה

תביעה לתשלום גמלה לתלויים בנפגע עבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי - ביטוח נפגעי עבודה

א. פרטי המנוח

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
תאריך לידה		מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		<input type="checkbox"/> שוכר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> מתנדב	
התלויים בנפגע: <input type="checkbox"/> אשה <input type="checkbox"/> ילדים <input type="checkbox"/> הורים <input type="checkbox"/> אחרים מעמד אישי בעת הפגיעה: <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> ידוע בציבור <input type="checkbox"/> אחר					
תאריך הפגיעה		יום בשבוע שעה		תאריך הפטירה	
רחוב		מספר בית		מספר זהות ס"ב	
מיקוד		כניסה		דירה	
		יישוב		שעת הפטירה	

ב. פרטי מקום עבודת המנוח בעת הפגיעה

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה
 עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק
 מתנדב - שם הגוף ששלח לפעולת ההתנדבות

ג. פרטי הפגיעה

תאור מלא של הפגיעה, נסיבותיה וגורמיה, בציון הציוד והמכשירים שגרמו לפגיעה (אם המקום אינו מספיק - נא לצרף גליון נוסף).

הכתובת בה ארעה הפגיעה (במפעל, בדרך וכו')

ד. קבלת טיפול רפואי

שם הרופא או השירות הרפואי שטיפלו במנוח בעת הפגיעה _____

תאריך קבלת הטיפול לראשונה _____

שם בית החולים בו אושפז _____

שם קופת החולים בה היה חבר _____ שם המרפאה והרופא המטפל _____

ה. פרטים משלימים

שמות העדים לפגיעה

לא נכחו עדים

כן נכחו עדים שם _____ כתובת _____

חבר לעבודה מכר אחר

שם _____ כתובת _____

חבר לעבודה מכר אחר

תחנת המשטרה שחקרה את המקרה _____

האם המנוח קיבל קיצבה מהמוסד לביטוח לאומי כן - ציין איזו קצבה _____ לא

האם הוגשה או תוגש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה כן - ציין את שם הנתבע ושם עורך הדין _____

הנתבע: _____ עו"ד _____ לא

האם התובע קיבל או עתיד לקבל תשלום בקשר לפגיעה מגורם אחר - כן (פרט) _____

_____ לא

ו. פרטי האלמן/ה

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב
רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	כתובת דואר אלקטרוני		
תאריך לידה _____ תאריך נישואין _____		עיסוק: <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> לא עובד		
מקבל קיצבה מהמוסד <input type="checkbox"/> כן, ציין סוג הקיצבה _____ לא <input type="checkbox"/>				

ז. פרטי ילדים - אם המקום אינו מספיק נא לצרף גליון נוסף

מס' זהות	1	2	3	4
שם משפחה				
שם פרטי				
תאריך לידה				
מין				
יחס הקרבה לנפגע				
מוסד לימודי או סוג שירות*				

* לילד מעל גיל 18 - כולל : שירות בצה"ל / קד"צ / עתודה / שירות לאומי / שירות בהתנדבות

ח. מקום תשלום

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מספר הסניף	מספר החשבון

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון.

אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.

אני מסכים 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.

תאריך _____ חתימת השותפים לחשבון _____

אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו על-ידי בתביעתי זו הינם נכונים. ידוע לי כי מתן פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק והנני תובע גמלת תלויים כחוק.

תאריך _____ חתימת התובע _____

אם התביעה לא חתומה בידי התובע, נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו.

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

ט. פרטים על תלויים אחרים בנפגע

4	3	2	1	
				מס' זהות
				שם משפחה
				שם פרטי
				תאריך לידה
				מין
				יחס הקרבה לנפגע
				כתובת מלאה
				מקום העבודה
				הכנסה חודשית מעבודה * וממקורות אחרים
				הכנסה מתמיכת המנוח
				האם מקבל קיצבה מהמוסד
				האם גר בדירת המנוח, ציין ממתי

* אם אינו עובד ציין הסיבה

י. מקום תשלום (כאשר יש תלויים אחרים בנפגע)

			שמות בעלי החשבון
שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מספר הסניף	מספר החשבון

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון.

אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.

אני מסכים 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.

תאריך _____ חתימת השותפים לחשבון _____

אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו על-ידי בתביעתי זו הינם נכונים. ידוע לי כי מתן פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק והנני תובע גמלת תלויים כחוק.

תאריך _____ חתימת התובע/ים _____

אם התביעה לא חתומה בידי התובע, נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו.

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

למילוי ע"י המעביד (אם המנוח היה עובד שכיר)

שם המנוח _____ ת.ז. _____
 שם המפעל/המעביד (כתובת מלאה) _____ טל: _____
 מס' תיק מעביד במוסד לביטוח לאומי _____

א. פרטי שכר

יש לפרט את פרטי השכר בחודש הפגיעה ובשלושת החודשים שקדמו לפגיעה.
 בפרטי השכר יש לכלול את כל רכיבי השכר. את התוספות החד-פעמיות או המענקים ששולמו יש לפרט בטור נפרד.

חודש	מס' הימים עבורים שולם השכר	סכום ברוטו לחודש זה	תוספת חד-פעמית או מענק שנכללו בשכר ברוטו	
			שם התשלום	לתקופה

מס' ימי עבודה בשבוע במפעל _____
 המנוח היה עובד חודשי יומי חלקי
 תאריך התחלת העסקת המנוח במפעל/מקום העבודה _____
 המנוח נעדר מהעבודה בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה מהסיבה _____
 בתאריכים _____

ב. תאונה שארעה מחוץ למפעל / מקום העבודה

1. תאונה שארעה מחוץ למפעל תוך כדי עבודה:

מקום הפגיעה _____
 המקום בו היה על המנוח לעבוד או בו עבד ביום התאונה _____
 האם המנוח הועסק דרך קבע מחוץ למפעל לא כן בדר"כ מועסק ב _____
 האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה לא כן שמם _____

2. תאונה בדרך לעבודה

באיזו שעה המנוח היה אמור להתחיל בעבודה _____ איזו משמרת _____

3. תאונה בדרך לבית

באיזו שעה סיים את העבודה _____ האם סיים בשעה הקבועה כן לא
 הסיבה לעזיבה המוקדמת _____

האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש? כן לא

ג. האם המקרה נחקר ע"י הפקוח על העבודה כן לא

הצהרת המעביד

אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שנמסרו על-ידינו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו פרט ל: _____ (נא לפרט את ההסתיוגויות - אם ישנן - לגבי הפגיעה)

אנו מאשרים כי המנוח הועסק כעובד במפעל / מקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה.

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת _____