

הוראות הנהלה

7 1

מספר ההוראה	שם ההוראה
05-039	דיווח על פגיעה בעבודה
בתוקף מתאריך פרסום	נספחים מצורפים
7.7.03 עמודים 1, 3, 4, 6, 7 ו-9 עודכנו ב-3.12.06	א. טופס למפקח העבודה האזורי להודעה על תאונת עבודה או מחלת מקצוע
	טפסים בתהליך
	טופס 006 - הודעה על מצב מסוכן/תאונת עבודה
	טופס 211/בל - תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה
	טופס 250/בל - מתן טיפול רפואי לנפגע עבודה
עמוד	תוכן עניינים
2	1. מטרה
2	2. אסמכתאות
2	3. הגדרות
2	4. סמכויות ואחריות
	חלק א' - תאונת עבודה
3	5. הפניה לטיפול רפואי
3	6. הודעה ודיווח
4	7. הודעה למוסד לביטוח הלאומי
5	8. תשלום שכר לעובד שנעדר עקב תאונת עבודה
	חלק ב' - מחלת מקצוע
5	9. הודעה ודיווח
	חלק ג' - דיווח על הפגיעה בעבודה למפקח העבודה האזורי
6	10. דיווח למפקח העבודה האזורי
7	11. נספחים

הוראות הנהלה

7.7.03 7 2 05-039

1. מטרה

- 1.1 הוראה זו קובעת את הנוהל לדיווח על פגיעה בעבודה ואת ההסדרים לתשלום השכר לעובד הנעדר מהעבודה עקב הפגיעה.
- 1.2 בנושא תאונות בשטח האוניברסיטה ופינוי נפגעים, ראה הוראת הנהלה [09-020](#).

2. אסמכתאות

- 2.1 חוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) תשנ"ה-1995, המגדיר את המקרים בהם תאונה שאירעה לעובד מוכרת כתאונת עבודה וקובע את זכויות העובד הנפגע.
- 2.2 חוק תאונות ומחלות משלח יד (הודעה) 1945- לפי סעיף 3, הודעה על תאונה או מקרה מסוכן.
- 2.3 חוק לתיקון דיני הנזיקין האזרחיים (הטבת נזקי גוף), תשכ"ד-1964.

3. הגדרות

- 3.1 עובד - עובד האוניברסיטה בכל משרה, דרג או תפקיד.
- 3.2 פגיעה בעבודה - תאונת עבודה או מחלת מקצוע:
- 3.2.1 תאונת עבודה - תאונה שאירעה לעובד תוך כדי עבודתו ועקב עבודתו באוניברסיטה, בהתאם להוראות חוק הביטוח הלאומי.
- 3.2.2 מחלת מקצוע - מחלה שנקבעה כמחלת מקצוע בהתאם לחוק הביטוח הלאומי, ושנגרמה לעובד עקב עבודתו באוניברסיטה.
- 3.3 עוזר כוח אדם/עוזר מינהל ביחידה - מזכירת היחידה או כל עובד אחר, שמנהל היחידה הסמיכו לרכז את הטיפול בכוח האדם של היחידה.

4. סמכויות ואחריות

- 4.1 מנהל היחידה אחראי לדווח מיידית בטלפון למפקח/מהנדס הבטיחות בקמפוס על כל תאונת עבודה ולפעול כמפורט בהוראה זו.
- 4.2 מנהל המחלקה לבטיחות ולגהות אחראי לדווח למפקח העבודה האזורי על כל תאונה שגרמה למות העובד או לפגיעה בכושר עבודתו הרגיל במשך שלושה ימים ויותר, וכן על כל מחלת מקצוע.
- 4.3 עוזר כוח אדם/עוזר מינהל ביחידה אחראי להנחות את העובד במילוי הטפסים הדרושים.

הוראות הנהלה

7.7.03 7 3 05-039

4.4 ראש אגף משאבי אנוש אחראי:

- 4.4.1 לביצוע התשלומים לעובד, כאמור בהוראה זו.
- 4.4.2 לדווח למנהל המחלקה לבטיחות ולגהות על כל אבחון של מחלת מקצוע.
- 4.5 **יחידת הביטוח** אחראית לדווח לחברת הביטוח על כל עובד שנפגע בתאונת עבודה.

חלק א' - תאונות עבודה**5. הפניה לטיפול רפואי**

- 5.1 הנוהל לפינוי נפגעים משטח האוניברסיטה מפורט בהוראת הנהלה 09-020 "תאונות בשטח האוניברסיטה".
- 5.2 טיפול רפואי ניתן על-ידי קופות החולים ועל-ידי בית החולים ומגן דוד אדום. הטיפול ניתן על-פי אישור המעביד בטופס "למתן טיפול רפואי לנפגע בעבודה" בל/250 של הביטוח הלאומי; לכן, על הנפגע להצטייד, במידת האפשר ובתנאי שאין דחיפות בהעברתו המידית לטיפול רפואי, בטופס הנ"ל. טופס זה ימולא וייחתם במזכירות יחידתו של העובד.
- 5.3 העובד יפנה עם הטופס (בל/250) ועם האישור שקיבל מביה"ח (במקרה שטופל בביה"ח) למחלקת תאונות עבודה בקופ"ח בה הוא מבוטח; פנייתו זו תהיה לצורך קבלת "תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה" וכן לצורך קבלת התחייבות לביה"ח במקרה שטופל בביה"ח.

6. הודעה ודיווח

- 6.1 העובד הנפגע או בא כוחו יודיע על הפגיעה למנהל היחידה בהקדם האפשרי.
- 6.2 מנהל היחידה ידווח מיידית בטלפון על כל תאונת עבודה למפקח/מהנדס הבטיחות בקמפוס שבו אירעה התאונה.
- 6.3 בנוסף לאמור בסעיף 6.2, מנהל היחידה ימלא טופס "הודעה על מצב מסוכן/תאונת עבודה" (שמספרו 006) ויעבירו תוך יומיים מיום התאונה למפקח/מהנדס הבטיחות בקמפוס שבו אירעה התאונה.
- 6.4 **מנהל היחידה אינו רשאי ואינו מוסמך למסור לעובד הנפגע או לכל אדם אחר מטעמו הודעה בכתב או בע"פ, המכירה באחריות האוניברסיטה העברית לתאונה.** עמדת האוניברסיטה תיקבע רק על-פי החלטת היועץ המשפטי וראש צוות הביטוח, לאחר שיקבלו את הדוחות המתאימים.

הוראות הנהלה

7.7.03 7 4 05-039

7. הודעה למוסד לביטוח לאומי

- 7.1 עם קבלת "תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה" מקופת החולים, ימלא העובד במזכירות היחידה שבה הוא מועסק טופס בל/211 "תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה".
- 7.2 **עוזר כוח אדם/עוזר מינהל ביחידה** יעביר את הטופס (בל/211) לפקיד כוח אדם באגף משאבי אנוש. הפקיד ימלא רק את הפרטים הנוגעים לשכר בחודשים שקדמו לתאונה ויאשר בחתימתו פרטים אלה בלבד.
- 7.3 עוזר כוח אדם/עוזר מינהל ביחידה ישלח למוסד לביטוח לאומי את טופס ה"תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה" (בל/211), בצירוף המקור של "תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה" ומסמכים נוספים על-פי הנדרש בטופס זה.
- בנוסף ישלח:
- 7.3.1 צילומים של הטופס והמסמכים - ליחידת הביטוח.
- 7.3.2 צילום עמוד 3 של טופס ה"תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה" (בל/211), המפרט את פרטי הנפגע והפגיעה - למחלקה לבטיחות ולגהות.
- 7.4 צילום של "התעודה הרפואית הראשונה לנפגע בעבודה" יצורף לדו"ח הנוכחות של העובד **כאסמכתא לחיוב ימי המחלה שלו**. אם מדובר בחבר סגל אקדמי, יצורף הצילום לטופס ההצהרה החודשי על ימי מחלה.
- 7.5 אם העובד קיבל אישור רפואי נוסף (המשך תאונה), עליו למסור אותו למזכירות יחידתו.
- עוזר כוח אדם/עוזר מינהל ביחידה יפעל כלהלן:
- 7.5.1 יצרף צילום מהאישור לדו"ח הנוכחות של העובד (או לטופס ההצהרה החודשי על ימי מחלה של חבר סגל אקדמי) כאסמכתא לחיוב ימי המחלה של העובד.
- 7.5.2 ישלח את האישור (המקור) לסניף המוסד לביטוח לאומי, שבו הוגשה התביעה.
- 7.5.3 ישלח צילום של האישור ליחידת הביטוח לצורך דיווח לחברת הביטוח.
- 7.6 אישור/דחייה של התביעה לתשלום דמי פגיעה, ייעשה על-ידי המוסד לביטוח לאומי; קביעתו מחייבת את האוניברסיטה.

הוראות הנהלה

7.7.03 7 5 05-039

8. תשלום שכר לעובד שנעדר עקב תאונת עבודה

- 8.1 עם קבלת האישור מהמוסד לביטוח לאומי, המכיר (באופן חלקי או מלא) שמדובר בתאונת עבודה, ימסור העובד את האישור למזכירות יחידתו.
- 8.2 עוזר כוח אדם/עוזר מינהל ביחידה יצרף את אישור המוסד לביטוח לאומי לדו"ח הנוכחות של העובד ויעביר למחלקת כוח אדם באגף משאבי אנוש לצורך:
- 8.2.1 זיכוי ימי המחלה של עובד חודשי בהתאם למספר הימים, שאושרו על-ידי המוסד לביטוח לאומי.
- 8.2.2 זיכוי שכרו של העובד לפי שעות בהתאם לאישור הזכאות ולתעריף שייקבע על-ידי המוסד לביטוח לאומי. **עובד לפי שעות** הנעדר מהעבודה עקב תאונת עבודה, זכאי לקבל תשלום שכר עבודה עבור תקופת ההיעדרות; זאת רק לאחר קבלת אסמכתא מהמוסד לביטוח לאומי, המאשרת שמדובר בתאונת עבודה.
- 8.3 **עובד חודשי** שנעדר מהעבודה עקב תאונת עבודה, יזוכה בימי מחלה בהתאם למספר הימים שאושרו על-ידי המוסד לביטוח לאומי (כאמור בסעיף 8.2.1 לעיל). בהתאם לחוק הביטוח (שתוקן ביום 1.2.02), המוסד לביטוח לאומי אינו משלם דמי פגיעה עבור יותר מ- 91 יום. במידה שחלפו 91 יום (13 שבועות) מיום הפגיעה והעובד אינו מסוגל לחזור לעבודה, הוא רשאי לנצל את ימי המחלה שעומדים לזכותו בכפוף להצגת אישור רפואי.
- 8.4 **עובד מינהלי קבוע** שאין לזכותו ימי מחלה, יחולו לגביו הכללים המפורטים בהוראת הנהלה [05-041](#) (חופשת מחלה – עובדים מינהליים):
- 8.4.1 הוא רשאי לבקש לשהות בחופשת מחלה ללא שכר או לבקש שישולם לו שכר על חשבון חופשת המנוחה שלזכותו.
- 8.4.2 במקרים מיוחדים ועל-פי החלטה משותפת של ההנהלה וועד העובדים, יזוכה העובד בימי מחלה על חשבון בנק חופשות.

חלק ב' - מחלת מקצוע**9. הודעה ודיווח**

- 9.1 עובד שנקבעה לגביו אבחנה על-ידי רופא משפחה/רופא תעסוקתי, כי יש סבירות שהוא חולה במחלת מקצוע, יודיע על כך למנהל היחידה ויצרף מסמכים רפואיים מתאימים.
- 9.2 מנהל היחידה אינו רשאי או מוסמך למסור לעובד או לכל אדם אחר מטעמו הודעה בכתב או בע"פ, המכירה באחריות האוניברסיטה העברית למחלה. עמדת האוניברסיטה תיקבע רק על-פי החלטת היועץ המשפטי וראש צוות הביטוח לאחר

הוראות הנהלה

7.7.03 7 6 05-039

שיקבלו את הדוחות המתאימים.

- 9.3 מנהל יחידה יעביר את המסמכים כאמור בסעיף 9.1 לעיל לראש אגף משאבי אנוש, והעתק יימסר למחלקה לבטיחות ולגהות (ראה סעיף 10 להלן).
- 9.4 עובד המבקש להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי, ימלא במזכירות היחידה שבה הוא מועסק [טופס בל/211 "תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה"](#). תהליך הטיפול יהיה כמו במקרה של תאונת עבודה (ראה סעיפים 7, 8 לעיל).
- 9.5 עוזר כוח אדם/עוזר מינהל ביחידה יעביר את הטופס ([בל/211](#)) לפקיד כוח אדם באגף משאבי אנוש, אשר ימלא את הפרטים הנדרשים בו לגבי השכר.
- 9.6 עוזר כוח אדם/עוזר מינהל ביחידה ישלח למוסד לביטוח לאומי את טופס ה"תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה" ([בל/211](#)), בצירוף מסמכים נוספים על-פי הנדרש בטופס זה.
- בנוסף ישלח:
- 9.6.1 צילומים של הטופס והמסמכים - ליחידת הביטוח.
- 9.6.2 צילום עמוד 3 של טופס ה"תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה" ([בל/211](#)), המפרט את פרטי הנפגע והפגיעה - למחלקה לבטיחות ולגהות.
- 9.7 אישור/דחייה של התביעה לתשלום דמי פגיעה, ייעשה על-ידי הביטוח הלאומי.

חלק ג' – דיווח על פגיעה בעבודה למפקח העבודה האזורי

10. דיווח למפקח העבודה האזורי

- 10.1 מנהל המחלקה לבטיחות ולגהות ידווח למפקח העבודה האזורי על כל תאונת עבודה שגרמה למות העובד או לפגיעה בכושר עבודתו הרגיל במשך שלושה ימים ויותר, וכן על כל מחלת מקצוע. הדיווח ייעשה באמצעות טופס "הודעה על תאונת עבודה או מחלת מקצוע" (נספח א').
- 10.2 מנהל המחלקה לבטיחות ולגהות יעביר העתק מהטופס האמור (בסעיף 10.1) לראש צוות הביטוח.

הוראות הנהלה

05-039

7

7

7.7.03

נספח א'

3 פרטים על התאונה או מחלת המקצוע

חלק זה ימלא ע"י האחראי הישיר על הנפגע או ע"י מנהל העבודה

תאריך התאונה	שעת התאונה	שם הנפגע	מספר שעות שעבד מזהילת יום עבודתו	תאריך הארעה
שנה חודש יום	שעה דקה	שם	של הנפגע ע"י האחראי	יום
12-17	18-21	22-23	24	25

התאונה ארעה

1	2	3	4	5
געת בצדו העבודה (לא בטעות)	הפעלת מכונה	משרד/ שירות/ מכרות	התעסקותו של הנפגע ענת התאונה	מספר/ שירות/ מכרות
2	3	4	5	6
נסיגה בזמן העבודה	טעות בחפצים	לא ביצע מטלה	הנפגע ענת התאונה	לא ביצע מטלה
3	4	5	6	7
נזק מאל העבודה	טעות בחפצים	אחר, סרט	הנפגע ענת התאונה	אחר, סרט
4	5	6	7	8
געת פעולה ספורים, תרבות, וכי'	הנפגע ענת התאונה	הנפגע ענת התאונה	הנפגע ענת התאונה	הנפגע ענת התאונה
5	6	7	8	9
מחירי במחלת מקצוע	הנפגע ענת התאונה	הנפגע ענת התאונה	הנפגע ענת התאונה	הנפגע ענת התאונה

26

28

29

30-30

הודעה על תאונת עבודה או מחלת מקצוע

בוסס זה ימלא ע"י המעביד על פי פקודת תאונת עבודה או מחלת מקצוע וד ראה הכרזת לוחות סופסוף הודעה מעבר לזו במקרה של מחלת מקצוע רצף הזנת דעת על רופא תעשייתי במקרה שמת או קטיעה ע"י לוח"ע מיד למפקח העבודה המאזי (מספר טלפון צבג הנוספים)

1 פרטי המעביד או העסק

שם מקום העבודה או העסק

מס' תיק מעביד במסד לביטוח לאומי

12-24

25-35

כחונת המעביד

ש"ב

רחוב

מס' בית

מיקוד

36-47

מזהה העסק או המפעל (פעילות עיקרית)

יש במפעל ועדה בטיחות

1 כן

2 לא

70-74

89

המחלקה בה ארעה התאונה

כתובת בה ארעה התאונה

ש"ב

רחוב

מס' בית

מס' טלפון

75-84

שם ממלא הוסיפס

תפקידו במפעל של ממלא הוסיפס

מס' המסלון של המפעל

לש מוש המשרד

מ.ע.

4 0 0 1

8

1-4

תאריך קבלת ההודעה

מס' הודעה

6-11

12-17

מ.ב. תאריך

מס' תאריך

18-28

מס' הודעה

מסלול נפגע

ארוע

מחלקה

29-32

33-34

35

מס' הודעה

מס' הודעה

עם מעורב

40-42

43-45

46-49

סימל מונע

אם

90-93

94-95

96-97

צד

58-61

62-63

64-65

מכונה

66-69

70-71

72-73

מסלה

74-77

78-79

80-81

אבר א

מס א

84-85

אבר ב

מס ב

86-87

מס ב

מס ב

88-89

90

הערות

91-94

95-96

97-98

99-100

101-106

2 פרטי הנפגע ועבודתו

שם המשפחה של הנפגע

שם פרטי של הנפגע

85-94

95-102

103-110

כחונת המגורים של הנפגע

מס' מסלון בית הנפגע

תאריך לידה

מין

1 זכר

2 נקבה

117

שנה חודש יום

111-116

מקצועו של הנפגע - פירוט מדויק

117

118

119-120

121-122

123-124

125-126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

4 פרטים על הפגיעה, הטיפול ותוצאות התאונה או מחלת המקצוע

תאריך מילוי טופס ההודעה

האם הפגיעה

1 לא

2 כן

3 כן

4 כן

5 כן

6 כן

7 כן

8 כן

9 כן

10 כן

11 כן

12 כן

13 כן

14 כן

15 כן

16 כן

17 כן

18 כן

19 כן

20 כן

21 כן

22 כן

23 כן

24 כן

25 כן

26 כן

27 כן

28 כן

29 כן

30 כן

31 כן

32 כן

33 כן

34 כן

35 כן

36 כן

37 כן

38 כן

39 כן

40 כן

41 כן

42 כן

43 כן

44 כן

45 כן

46 כן

47 כן

48 כן

49 כן

50 כן

51 כן

52 כן

53 כן

54 כן

55 כן

56 כן

57 כן

58 כן

59 כן

60 כן

61 כן

62 כן

63 כן

64 כן

65 כן

66 כן

67 כן

68 כן

69 כן

70 כן

71 כן

72 כן

73 כן

74 כן

75 כן

76 כן

77 כן

78 כן

79 כן

80 כן

81 כן

82 כן

83 כן

84 כן

85 כן

86 כן

87 כן

88 כן

89 כן

90 כן

91 כן

92 כן

93 כן

94 כן

95 כן

96 כן

97 כן

98 כן

99 כן

100 כן

101 כן

102 כן

103 כן

104 כן

105 כן

106 כן

107 כן

108 כן

109 כן

110 כן

111 כן

112 כן

113 כן

114 כן

115 כן

116 כן

117 כן

118 כן

119 כן

120 כן

121 כן

122 כן

123 כן

124 כן

125 כן

126 כן

127 כן

128 כן

129 כן

130 כן

131 כן

132 כן

133 כן

134 כן

135 כן

136 כן

137 כן

138 כן

139 כן

140 כן

141 כן

142 כן

143 כן

144 כן

145 כן

146 כן

147 כן

148 כן

149 כן

150 כן

151 כן

152 כן

153 כן

154 כן

155 כן

156 כן

157 כן

158 כן

159 כן

160 כן

161 כן

162 כן

163 כן

164 כן

165 כן

166 כן

167 כן

168 כן

169 כן

170 כן

171 כן

172 כן

173 כן

174 כן

175 כן

176 כן

177 כן

178 כן

179 כן

180 כן

181 כן

182 כן

183 כן

184 כן

185 כן

186 כן

187 כן

188 כן

189 כן

190 כן

191 כן

192 כן

193 כן

194 כן

195 כן

196 כן

197 כן

198 כן

199 כן

200 כן

DUP 5-11 4 0 0 2 1.4

DUP 5-11 4 0 0 2 1.4