

עמוד 1 מתוך 2

חאריך קבלת הטופס בקופה

יום	חודש	שנה

המוסד לביטוח לאומי
מיוהל הנמלאות - ביטוח נפגעי עבודה



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד
טופס זה אינו משמש תביעה לדמי פגיעה. על מנת להגיש תביעה לדמי פגיעה יש
למלא טופס בל/211 הקיים באתר האינטרנט.

פרטי המעסיק

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר היק ניכויים	טלפון קווי
כפר ינאי'ה	843051458	035512053
רחוב / תא דואר	מס' בית	ישוב
כפר ינאי'ה	73	הת - יס
טלפון פקס	מיקוד	
035519438		

לכבוד קופת חולים / בית חולים ינאי'ה נא להגיש עזרה רפואית ל: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר

פרטי החובש

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
אלוליה	ארי	☒ זכר ☐ נקבה	035344810

פרטי התאונה

נפגע בחאריך 09/04/93 בשעה 11:15 כאשר עבד ב פנימי הכפר ינאי'ה

מקום התאונה: ☒ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך לרא רכב ☐ אחר

נחובת מקום התאונה

תיאור התאונה: כאשר היה בדרך להגיע לביתו, נפל אל הארץ והפך, והכיר
אחרי כן, נחבש על הגול, כיוון כי הוא כיוון למא
ובאילו הונע, ויאלו הכניק אור ואלו הדלת, והוא כיוון למא
האיבר שנפגע, אין למלא וכו'

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד וחסרנו אנו ניכונים לפי מיטב ידיעתנו.
אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן

תאריך: 09/04/93 תפקיד החותם: נאלי'ה שם החותם: נאלי'ה

טופס זה מנוסח כלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

מחבר: 2020/06

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

1 פרטים על פגיעה מחוץ לעסה או למפעל

☒ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - חוץ כדי עבודה
מקום הפגיעה: בית בני-ציון שעת הפגיעה: 11:45 03/14/93

החוקם שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: בית בני-ציון

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ למפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב: _____

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

תפקיד הנוגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שותן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
<u>מנהל</u>			
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		

☐ תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן החבצע _____

☐ פגיעה בדרך לעבודה: _____

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הנחובת שבה היה אמור לעבוד? _____

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא

הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הנחובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

2 פרטי שכר ב-4 החודשים שהדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק _____ מספר תיק ויכויים במסר לביטוח לאומי _____

תאריך תחילת עבודה: 01/01/91 בית בני-ציון

מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ זמני ☐ חודשי

היקף המשרה ב-100% מספר ימי העבודה בשבוע: 6

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה ועד העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות: 1.6 נזק

מחתי: _____ עד מחי: _____ ועד 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

חודש, נולד חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העבר הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחדש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשם שנכללו בשכר ברוטו	
		יחד	חדש		סכום	להקפה
חודש יולי	23	☒	☐	11,999		
חודש אוגוסט	20	☒	☐	11,600		
חודש ספטמבר	22	☒	☐	13,200		
חודש אוקטובר	20	☒	☐	13,800		

☒ העובד לא שב עדין לעבודה.

☐ העובד שב לעבודה בתאריך: _____

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? וא לפרט _____

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל. ☒ כן

☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה: _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק חפיק תלשי שכר _____

שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא

שם איש קשר לברור פרטי שכר: דניאל בני-ציון מספר טלפון: _____

חתימת המעסיק: _____ תאריך: 03/14/93 שם וחפיד החותם: דניאל בני-ציון חתימה וחותמת: _____

עמותת בני-ציון בת-ים
ע"ר 59220000
בר איילן 75 בת-ים
03-5524441 פקס 03-5519438

3 פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה) ☒ כן, ציין את מספר הימים ששומרו לזכות העובד עד יום הפגיעה. 23 ימים

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו ☐ לא נעבר ימי מחלה ☐ אחר ☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה ☐

(שם הקרן) _____

4 הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמתר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו. אנו מאשרים כי החובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

אין הסתייגות. הנתון היחיד (כ) שיש להוסיף הוא שם החתום (חתימה וחתימת) _____

תאריך (תאריך) תפקיד החתום _____

האנו מאשרים ☒ ☐

5 פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאשר

☐ העובד זכאי לפטור כשיעור 100% מהס הנוסה

מעסיק מורשה לפי חקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילחו לו דמי פגיעה נחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעברם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעסיק מאשר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאשר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוצ:

☐ הופע חבר קיבוץ חופע בסוג ביטוח _____

☐ הופע איוו חבר קיבוץ - חופע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחתימת X _____

(ודרש רק במקרים של כוטים משלימים)