

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN. ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

7.8.23

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה – סניף נתניה
באמצעות האתר

א.ג.נ.,

הנדון: קורל חזן, ת.ז. 315118364
תאונה מיום 20.10.22

1. מצ"ב טופס תביעה לנכה נזקק.
2. לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשתי אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות

נפגעי עבודה

תביעה להכרה כנכה נזקק

לפי תקנה 18 א'

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	
סוג המסמך	דפים

חותמת קבלה

20102022
שנה חודש יום

תאריך הפגיעה בעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה

שן

שם פרטי

קורן

מספר זהות

ס"ב

315118364

2

פרטים על עיסוקי לפני הפגיעה - גא סמן במקום המתאים

☒ שכיר - מקום העבודה חברת כדורסל כנרת נגד חסר

מעמד: ☐ זמני ☐ קבוע

ותק במקום העבודה: _____ מקצוע: _____

הוצעה לי עבודה אחרת ע"י מעבידי: ☐ כן ☒ לא, ציין את הסיבה אני כשיר

התייצבתי כדורש עבודה בשירות התעסוקה ☐ לא ☐ כן, בתאריך _____

חובה להחתים את המעביד, במקום העבודה בו נפגעת, על סעיף 4 בטופס זה.

☐ עצמאי ☐ העסק בבעלותי ☐ שותפות

מצב העסק כיום: ☐ סגור ☐ הפעילות צומצמת ☐ אין שינוי בפעילות העסק

אני מעסיק עובדים: ☐ לא ☐ כן

ברצוני להוסיף על האמור לעיל: אחותי הנמצאת טון טלפרייזי מדיין לאור עסקי

3

הצהרה

הריני מצהיר בזאת שבתקופה מתאריך 20/10/22 עד תאריך היום, לא הייתה לי כל הכנסה מן המקורות שלהלן: הכנסה מהתעסקות, דמי אבטלה ואינני זכאי עבור תקופה זו לכל תשלום מאת מעבידי.

ידוע לי, כי מחובתי לעדכן את המוסד לביטוח לאומי מיד עם שובי לעבודה.

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא 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.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

אם התביעה הוגשה בסיוע או על ידי מייצג: ☒ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ ביה"ח ☐ אחר

נא לציין את שם הגוף המסייע / המייצג אבטלה - מדינת ישראל תאריך תחילת התקשרות 1/11/22

תאריך 2.11.22 שם קורן שן חתימה X

4

אישור המעסיק למוסד לביטוח לאומי

שם המעסיק _____ מספר תיק ניכויים _____

הריני מאשר כי העובד _____ בעל מס' ת.ז. _____

לא עבד בתקופה מתאריך _____ עד תאריך _____

קבל שכר עבור תקופה זו ☐ כן ☐ לא

הוצעה לו עבודה אחרת במפעל ☐ כן ☐ לא, הסיבה _____

הערות: _____

תאריך _____ שם החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת X

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד