

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

Office@freiberg-law.com

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

11.10.23

לכבוד
מחלקת תביעות
שלמה חברה לביטוח בע"מ
מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד

באמצעות דוא"ל: Tviot.hova@shlomo-bit.co.il

ח.נ. שלום רב,

הנדון : תאונה מיום 27/2/23
רכב נושא מ"ר : 90-415-12
הנפגעים : משפחת דזימיטרובסקי

הריני מאשר קבלת מכתבך מיום 9.10.23 והנני מתכבד להשיבך כדלקמן :

1. רצ"ב מסמכי חבות – אישור משטרה, טופס ב.ל 250 (ביחס לאילה), תעודת חובה ותמונות הרכב.

2. ביחס לאילה המדובר הוא בתאונת עבודה אשר הוכרה ע"י המל"ל. מרשתי עוסקת בפיתוח תוכנה ושכרה בשיעור של כפל השכר הממוצע במשק עם פוטנציאל שילוש (נוכח גילה הצעיר ונסיונה).

*רצ"ב אישור הכרה, תשלום דמי פגיעה וטופס תביעה חלקי כפי שמצוי בידי הח"מ כמו גם תלושי שכר.

3. נוכח האמור ובשים לב לתיעוד הרפואי בעניינה ולפוטנציאל לנכות, אוכל להציע בפני מרשתי על סילוק תביעתה תמורת פיצוי בסך של 180,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד ומע"מ.

4. מרשי, דוד, הינו תלמיד ישיבה ועוסק בלימוד וחינוך תורני (אין נתוני השתכרות) הוא מחלק את זמנו בין האמור לבין גידול הילדים וניהול משק ביתם בזמן שאילה בעבודתה.

5. בשים לב לתיעוד הרפואי, לפוטנציאל לנכות ולגילו הצעיר אוכל להמליץ בפני מרשי על סילוק תביעתו תמורת פיצוי בסך של 120,000 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד ומע"מ.

6. לגבי שני התובעים הקטינים, סך של 6,500 ₪ בתוספת שכ"ט עו"ד ומע"מ.

7. לעיוןך וטיפולך המסור אודה.

בברכת בשורות טובות ובטחון,

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד

טופס מידע על נתוני תיק תאונת דרכים

פרטים כלליים

יחידה כתובת טלפון פקס
תחנת לוד שפלה
כצלסון 25, לוד
08-9782444
08-9770149
מספר תיק פלא
סיווג תיק
מס' מסמך בתיק
תאריך
94086/2023
ת.ד., כללי
ד
28/02/2023, ז' אדר תשפ"ג, 11:37

לכל המעוניין

1. תאריך התאונה: 27/02/2023

בשעה

08:00

2. מקום התאונה:

מחלק ראשונים בכביש בין עירוני

הערות מקום:

כביש 431 ליד מחלק ראשונים ראשל"צ

3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

פרטי הרכב:

מספר רכב 9041512 סוג רכב פרטי נוסעים תוצר רכב קיה קוראיה
חברת ביטוח שלמה "סיקסט" מספר פוליסה 1104754867/22-00 סוג לוחית ישראלית

מעורבים ברכב:

שיו"ר המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
נהג	208487736	דזימיטרובסקי דוד	01/12/1996	לוד משה רבינו 2 מיקוד 7135005	קפלן - רחובות	קלה
נוסע	318832367	דזימיטרובסקי אילה	20/08/1999	לוד משה רבינו 2 מיקוד 7135005	קפלן - רחובות	קלה
נוסע	229446265	דזימיטרובסקי מאיר אריה	01/02/2021	לוד משה רבינו 2 מיקוד 7135200	קפלן - רחובות	קלה
נוסע	236472353	דזימיטרובסקי ישראל יעקב	14/09/2022	לוד משה רבינו 2 מיקוד 7135005	קפלן - רחובות	קלה

פרטי הרכב:

מספר רכב 6705312 סוג רכב פרטי נוסעים תוצר רכב ניסאן הודו
חברת ביטוח מספר פוליסה סוג לוחית ישראלית

מעורבים ברכב:

שיו"ר המעורב	ת.ז.	שם מלא	שנת לידה	כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה
בעל רכב נהג	58036542	רייזמן עדנה	24/01/1963	מודיעין, אלול 7		

4. פרטי הולכי רגל:

5. כמות נפגעים:

כמות נפגעים: 4

מצב התיק:

בחקירה

מתאריך:

28/02/2023

פרטי המטפל בתיק

מ"א

997403

שם משפחה

בינה

פרטי השוטף המוסר

997403
מספר אישי

שם פרטי

שם משפחה

סגן
דרגה

28-02-2023

מרכז שירות לאזרח
משטרת לוד

עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה									
שנה	חודש	יום							

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – 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".

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד		מספר תיק ניכויים		טלפון קווי	
מ.י.ר. צ"ח.י.ר. 22		935947853		10587851517910	
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון פקס	
7360	96	נחל חלוץ			

לכבוד קופת חולים / בית חולים _____ לאומית _____ נא להגיש עזרה רפואית לי: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר _____

שם משפחה		שם פרטי		מין		מספר זהות / דרכון	
דוימטרובסקי		אילה		☐ זכר ☒ נקבה		7 6 3 2 3 8 8 1 3	
רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	
משה רבינו		2		6	לוד		
טלפון קווי				טלפון נייד			
0 8 6 1 9 4 3 8 2				0 5 8 3 2 4 1 3 5 7			

☒ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט - SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל

נפגע בתאריך		בשעה		כאשר עבד ב		פיתוח	
27022023		08:00		סוג העבודה			
מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר _____							
כתובת מקום התאונה על כביש 431							
תיאור התאונה עצירה פתאומית באמצע כביש מהיר - בעלי הנהג הצליח לבלום מהרכב שלפניו אך הרכבים שמאחורינו לא הצליחו הייתה תאונת ערשרת של 4 רכבים - אצלינו ברכב הפגיעה הייתה מאחורה, לא נפתחו כריות אויר							
האיבר שנפגע כאבים בגב							
שם המאשר ותפקידו א.ג.ג. תאריך 28/2/23 חתימה וחותמת המעסיק							

שם המאשר ותפקידו		תאריך		חתימה וחותמת המעסיק	
א.ג.ג.		28/2/23		[Signature]	

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



שלמה ביטוח

מבוטח/ת יקר/ה

בעת רכישת הפוליסה השיב בעל הפוליסה כי :

- בעלות הרכב : פרטית
- גיל הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: 24
- האדם הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב הוא: נהג
- שנת קבלת רישיון הנהיגה לרכב מסוג זה בישראל של הנהג הצעיר ביותר הצפוי לנהוג ברכב היא: 2021
- מספר התאונות שהביאו לתביעות בביטוח חובה, בשלוש השנים האחרונות, של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0
- מספר פסילות רישיון, בשלוש השנים האחרונות של כל הנהגים הצפויים לנהוג ברכב הוא: 0

אם הנתונים לעיל אינם מלאים נבקשכם לפנות לסוכן הביטוח כדי לעדכןם.

הדפסה מתאריך 19/06/22



שלמה ביטוח

שים לב,
מסירת תשובה שאינה מלאה וכנה טרם כריתת חוזה הביטוח
עלולה להקטין את הפיצויים שישולמו לבעל הפוליסה
או להקנות למבטח זכות לפיצויים מבעל הפוליסה,
כמפורט בסעיף 9 לפוליסה.

עווק למבוטח
תעודת ביטוח חובה מס':
לפי פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תשי"ל / 1970

העתק

מס' הרישוי: 9041512
מס' הפוליסה: 1104754867/22-02

שם בעל(ני) הפוליסה: דזימיטרובסקי דוד
כתובת: משה רבינו 2 לוד 71352 ת.ד. 9. 208487736

סוג הרכב: M-1
סוג רכב לצורך ביטוח: פרטי
יצרן/דגם: קיה מוטורס פורט
מס' שלדה: 411BD5699828
שנת ייצור: 2013 סמיק/משקל: 1591
מס' נוסעים: כחוק
תאריך הוצאה: 19/06/22 שעה: 1426
קוד מוטב: 7-3180-62

מועד תחילת הביטוח (המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק אך לא לפני) 19/06/22
מועד פקיעת הביטוח: 28/02/23
בני אדם הרשאים לנהוג ברכב: 7
כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בנב תעודה זו
השימוש המותר ברכב: 1 הרחבות: אין
כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בנב תעודה זו
שם הסוכן: מיכאל שוורץ מס': 304620

חותמת הבנק

ש שלמה חברה לביטוח בל"מ
תאריך: 19/06/2022 שעה: 14:26
שולם באמצעות זיכוי חשבון 237489
בנק מזרחי ספחות בל"מ סניף 461

הסכום לתשלום: ש"ח

* פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר החברה: www.shlomo-bit.co.il

בלי חותמת הבנק
על תעודה זו -
אין לה תוקף.
נא בדוק נכונות
הפרטים שבתעודה.

אוראומד
מנכ"ל חשבון

אם מאשרים בזה כי הפוליסה שתעודה זו שייכת לה מוצאת לפי הוראות הפקודה
ש. שלמה חברה לביטוח בע"מ
דרך שלמה שמלצר פינת מרטין נהל 10, קרית אריה, פתח תקוה 4951245 | 3739*
מייל שירות: CustomerService@shlomo-bit.co.il | www.shlomo-bit.co.il



שלמה ביטוח

הודעת זיכוי
תעודת ביטוח חובה מס':

לפי פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תשי"ל / 1970

מס' הרישוי: 9041512
מס' הפוליסה: 1104754867/22-02
סוג הרכב: M-1
סוג רכב לצורך ביטוח: פרטי
יצרן/דגם: קיה מוטורס פורט
מס' שלדה: 411BD5699828
שנת ייצור: 2013 סמיק/משקל: 1591
מס' נוסעים: כחוק
תאריך הוצאה: 19/06/22 שעה: 1426
קוד מוטב: 7-3180-62

שם בעל(ני) הפוליסה: דזימיטרובסקי דוד
כתובת: משה רבינו 2 לוד 71352 ת.ד. 9. 208487736
מועד תחילת הביטוח: 19/06/22
המועד בו הוחתמה תעודה זו בחותמת הבנק אך לא לפני
מועד פקיעת הביטוח: 28/02/23
בני אדם הרשאים לנהוג ברכב: 7
כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בנב תעודה זו
השימוש המותר ברכב: 1 הרחבות: אין
כמפורט בסעיפים אשר מספריהם נקובים בנב תעודה זו
שם הסוכן: מיכאל שוורץ מס': 304620

חותמת הבנק

ש שלמה חברה לביטוח בל"מ
תאריך: 19/06/2022 שעה: 14:26
שולם באמצעות זיכוי חשבון 237489
בנק מזרחי ספחות בל"מ סניף 461

הסכום לתשלום: ש"ח

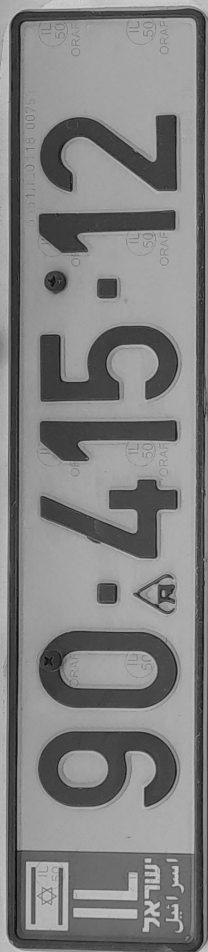
* פרטים בדבר תוקף הכיסוי והיקפו מפורסמים באתר החברה: www.shlomo-bit.co.il

ש. שלמה חברה לביטוח בע"מ

דרך שלמה שמלצר פינת מרטין נהל 10, קרית אריה, פתח תקוה 4951245 | 3739*
מייל שירות: CustomerService@shlomo-bit.co.il | www.shlomo-bit.co.il

ניתן לשלם תעודה זו
באמצעות סניפי הבנקים
הבאים, במזומן או באמצעות
כרטיסי האשראי וזה, לטובת
כארד וישראל.

חשבוני חשבון 600-602811
לשומי חשבון 800-13520/63
תזרימי-מספרות חשבון 461-237489
דיסקונט חשבון 010-72428076
בנק הדואר חשבון 001-8623180



FORTE



90:415:12

FORTE



ישראל
90:415:12



ממספר: 670423

תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה/ מחלת מקצוע

תביעתי מוגשת כ:

☒ תאונת עבודה ☐ מחלת מקצוע

אופן העסקה בעת הפגיעה:

☐ חבר קיבוץ/ מושב שיתופי

☐ עצמאי

☒ שכיר

☐ הכשרה מקצועית

☐ מתנדב

1 פרטי התובע

מספר תעודת זהות או מספר מזהה שהונפק
על ידי ביטוח לאומי (לבעלי אשרה):

318832367

שם משפחה

דזימטרובסקי

שם פרטי

אילה

תאריך לידה

20/08/1999

מין

☒ זכר ☐ נקבה

אני מקבל או זכאי לתשלום/תגמול ממשרד הביטחון?

☐ כן ☒ לא

אני שולט בשפה עברית

☐ כן ☒ לא

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה במשרד הפנים)

ישוב

רחוב

כניסה

מספר בית

מיקוד

דירה

תיבת דואר

מספר טלפון נוסף

055-6797646

מספר טלפון נייד

058-3241357

דואר אלקטרוני

ad3241357@gmail.com

אני מסכים לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים דיגיטליים (הודעות טקסט ודואר אלקטרוני), במקום בדואר רגיל

☒ כן ☐ לא

פרטי מקום ההתנדבות/ העבודה בו נפגעת:

שכיר/ חבר קיבוץ/ מתנדב/ הכשרה מקצועית:

שם המעסיק/ מפעל

לוגיקה אי טי

ישוב

ראשון לציון

מספר טלפון

מספר תיק ניכויים בביטוח לאומי (מופיע בתלוש המשכורת)

935947853

האם הנך בעל מניות ו/או בעל שליטה?

כן לא

פרט

האם יש קרבה בין לבין מעסיקך?

כן לא

עצמאי:

שם העסק

ישוב

מספר פקס

מספר תיק ניכויים בביטוח לאומי (מופיע בתלוש המשכורת)

יש לי ואני אצרף לתביעה את אישור המעסיק על הכנסות ושכר

כן לא

תפקיד/ עיסוק במקום העבודה

מפתחת תוכנה

תיבת דואר

מספר בית

5

רחוב

אברהם בומה שביט

מספר פקס

סוג העיסוק

תיבת דואר

מספר בית

רחוב

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות

טלפון קווי

050-7855780

טלפון נייד

050-7855780

מס' פקס

מיקוד

7135005

ישוב

לוד

מספר בית

2

רחוב / תא דואר

משה רבינו

תאריך כניסה לשירות קבע

תאריך סיום שירות קבע

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

כן לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה

הגשתי או בכוונתי להגיש תביעה כנגד החלטת קצין התגמולים

כן לא

פרטי הפגיעה/ מחלת מקצוע

שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה/ אבחון הליקוי הרפואי
08:00	שני	27/02/2023
	שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה
	08:00	27/02/2023

היכן אירעה הפגיעה:
☐ במפעל/ בעסק
☒ בדרך לעבודה

הכתובת בה הייתי אמור לעבוד

אברהם בומה שביט 5

בתאונות בדרך, פירוט מסלול דרכי לעבודה או לביתי או ליעד אחר:

נסעתי לעבודה דרך כביש 431 שם קרתה התאונה

☐ מחוץ למפעל לעסק/ תוך כדי עבודה
☐ בדרך לביתי

הכתובת שבה אירעה הפגיעה

בתאונות בדרך, פירוט מסלול דרכי לעבודה או לביתי או ליעד אחר:

האם מדובר בתאונות דרכים?
☐ כן ☒ לא

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה עסקתי בזמן הפגיעה

בעלי נהג ברכב רכב שלפנינו בלם פתאומי בעלי הצליח לבלום אבל הנהגת מאחורה לא הצליחה לבלום ועקב כך פגעה בנו מאחורה בעוצמה

נכחו עדים בפגיעה
☐ כן ☒ לא

עד 1

שם העד	כתובת	מספר טלפון

העד הוא:

☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר

לידיעתך, יש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על אבחנה רפואית או הליקוי הרפואי, כמו: תוצאות בדיקות, סיכום רפואי, פענוח הדמיה וכדומה.

מסירת הודעה למעסיק

תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד
20/02/2023	שירלי	חשבת שכר

האיבר שנפגע

גב וצואר

מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)/ מהות הליקוי

כאבים בגב וצואר והגבלת תזוזה שלהם

מי טיפל לראשונה בפגיעה?

מיון בית חולים קפלן

תקופת אשפוז

פרטי הרופאים המטפלים

רופא 1

שם הרופא

כזום אפי

מספר הטלפון של המרפאה

08-9583555

רופא 2

שם הרופא

עמאר דהמאשה

מספר הטלפון של המרפאה

08-9583555

תאריך קבלת הטיפול לראשונה

27/02/2023

שם בית החולים/ מחלקה

בית חולים קפלן

שעת קבלת הטיפול לראשונה

12:30

כתובת המרפאה

האילון 14 לוד

תחום המומחיות

אורתופדיה

כתובת המרפאה

אילון 14 לוד

תחום המומחיות

משפחה

נמסרה הודעה על התאונה למשטרה
☐ כן ☐ לא
 יש לצרף דוח משטרה במקום הייעודי
 נפגעת בהיותי:
☐ הולך רגל
 סוג הרכב המעורב בתאונה:
☐ פרטי ☐ מונית
☐ מלגזה ☐ אחר
☐ טרקטור ☐ אופנוע

☐ נהג ברכב

☐ נוסע ברכב

☐ אופנוע

☐ טרקטור

פרט

מספר רישוי

הרכב בבעלות

☐ פרטי

☐ אחר

☐ רכב ציבורי

☐ חברת השכרה/ לסינג

☐ מקום העבודה

פרט

שם החברה

מספר הקו

פרטי הנהג

שם פרטי

שם משפחה

☐ מספר זהות ☐ דרכון

נכחו נוסעים נוספים ברכב

☐ כן ☐ לא

נוסע נוסף ברכב 1

שם פרטי

שם משפחה

☐ מספר זהות

☐ דרכון

מספר פוליסה

שם חברת הביטוח

הגשתי תביעה לחברת הביטוח

☒ כן ☐ לא

יש לצרף העתק מההודעה לחברת הביטוח

הגשתי או בכוונתי להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג':

☐ כן, פרט ☒ לא

תביעה נגד

שם עורך דין מטפל

כתובת עורך דין

שלמה סיקסט

אריאל פרייברג

אבא הלל 7 רמת גן

דואר אלקטרוני

מספר טלפון

054-6544930

מספר פקס

התביעה הוגשה בבית המשפט

☐ השלום ☐ המחוזי

מספר תיק

העיר בה הוגשה התביעה

5 סיוע בהגשת התביעה

אני מקבל סיוע בהגשת התביעה

☐ כן ☒ לא

הגוף המסייע:

☐ אחר

☐ עורך
דין

☐ חברת מימוש
זכויות

☐ יד
מכוונת

☐ בית
חולים

☐

לא עבדתי כלל

☐

מחלה

☐

חופשה

☐

אחר

☐

פרט

☐

עבדתי אצל מעסיק אחר/ נוסף

☐

עבדתי כרגיל

פרטים על עבודה לאחר הפגיעה

☐

לא נעדרתי כלל מהעבודה

☒

לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐

שהיתי בעסק/ בעבודתי

שורה 1

מתאריך

עד תאריך

משעה

עד שעה

בתאריך

05/03/2023

עד תאריך

02/03/2023

מתאריך

27/02/2023

☒

חזרתי לעבודה מלאה

☐

טרם חזרתי לעבודתי

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה

07:00

עד שעה

15:30

עבודה במשמרות

9

הצהרה למילוי ע"י בעל השליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד) מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבוצעה בפועל)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

☐ בסימון תיבה זו אני מצהיר שכל הנתונים שציינתי וקשורים לבעל שליטה נכונים תאריך החתימה

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

לתשומת ליבך, יש למלא מספר חשבון בנק של האדם עבורו מבקשים את התביעה/ אפוסטרופוס שם מלא בעל החשבון

דוד ואילה דזימיטובסקי

שם בנק

פאג"י

מספר ושם הסניף

180-שד' יחזקאל 2 , מודיעין עילית

מספר חשבון

866615

אני מבקש להעביר את התשלום ל:

☐ חשבון הבנק של הקיבוץ/ מושב ☐ חשבוני הפרטי

11

יש לי פטור מתשלום מס הכנסה

☐ כן ☐ לא ☐ פטור חלקי ☐ עיוור או נכה

- אני החתום מטה תובע דמי פגיעה , ומצהיר בזה, כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
- ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה 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.
- ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לקצבה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום, על ידי פניה לסניף הביטוח הלאומי הקרוב למקום מגורי.
- אני מסכים שהבנק אליו תופקד הקצבה, יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

שם פרטי ומשפחה	תאריך החתימה
אילה דזימיטובסקי	20/04/2023
פרט	פרטי מגיש התביעה
מספר טלפון נוסף	מספר טלפון נייד
דואר אלקטרוני	

אני מסכים לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים דיגיטליים (הודעות טקסט ודואר אלקטרוני), במקום בדואר רגיל

כן לא

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך משכר. אם אתה מסרב לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה:

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטאלי (ממוחשב) של הכנסותיי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

הערות

מסמך זה מכיל מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות. טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מיועד לשני המינים כאחד.

תאריך הדפסה: 29/03/23
חוק הביטוח הלאומי
תשי"ד - 1953

סניף: סניף גני יער

האילון 14 לוד

טלפון: 08-9583555

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

דזימטרובסקי	אילה	בנימין	1-31883236-7
המשפחה	השם	שם האב	מס. הזהות
כתובת הנפגע:	משה רבינו 2/6 לוד	שנת הלידה:	99
לוגיקה איי.טי. טיס בע"מ	27/02/2023	8:00	
שם המעביד	תאריך הפגיעה	שעת הפגיעה	
כתובת המעביד:	שלמה שמצלר 94 פתח תקווה		
פיתוח	ונסיעה	וגב	
ההתעסקות בשעת הפגיעה	וגורם הפגיעה	והאיבר שנפגע	פגיעות קודמות בתאריך
1/03/2023	בית חולים	27/02/2023	קופת חולים
נמצא בטיפולו מ-1	ריפוי ראשון ניתן על ידי	בתאריך	ומתפא כעת ב-

אבחנה: WORK ACCIDENT-OBSERVATION FOLLOWING ACCIDENT AT WORK צד:

כתוצאה מהפגיעה הוא אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

במשך 4 ימים היינו מיום 27/02/2023 עד יום 2/03/2023 (בכלל)

פרטי הרופא המפיק: ד"ר דהאמשה עמאר, מ.ר. 165516, רפואת משפחה

ד"ר עמאר דהאמשה
מ.ר. 1-165516
חתימת רופא השרות המוסמך

1/03/2023
תאריך מתן התעודה
תאריך הבדיקה

ד"ר דהאמשה עמאר, רפואת משפחה
שם הרופא המטפל

חותמת המוסד

חתימת המשרד

הזכות לגימלה נקבעת על-ידי המוסד לביטוח לאומי ואין התעודה מקנה
זכות זו. תעודה זו תימסר לנפגע בשביל המוסד לביטוח לאומי

תיאור התאונה: תאונת שרשרת כביש מהיר ולא נפתחו כריות אוויר

טיפול קודם:

המימצא הקליני: כאבי גב

ת. צילום:

סוג הצילום:

ממצא בצלום:

הטיפול שניתן על-ידינו: חופש מחלה

הערות:

חתימת הרופא:

תאריך:

(CHHDTRTA)

טופס 01-221 400+25+5 7/93 א.ר.ז.

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 27/02/2023

תאריך שחרור: 27/02/2023

הופק ע"י דר' עתאמנה מוחמד 27/02/2023 14:13

מיון אורתופדי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2023021524

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	לב	ת. לידה: 20/08/1999
שם פרטי: אילה	ת זהות: 31883236	
כתובת: משה רבנו 2/ לוד	גיל: 23	
טלפון: 0583241357	שם האב: בנימין	
סוג דם:		

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

מועד קבלה למיון

תאריך: 27/02/2023 13:09

מספר קבלה: 2023021524

אופן הגעה למיון

הגיע למיון: בליווי בן משפחה

משרד קבלה

סיבת פנייה: תאונת דרכים

הפנייה: לא

סטטוס מטופל: אזרח

גורם מממן : לאומית

סיום טיפול במלרד: שחרור

שעת הודעה למחלקה

שעת העברה למחלקה

מועבר למחלקה

מקבל ההודעה במחלקה

אבחנה

- MOTOR VEHICLE TRAFFIC ACCIDENT (E8199)

תלונה עיקרית בבדיקה

ת.ד.

מחלה נוכחית ובדיקה גופנית

פרטים

גרשם ע"י

נושא

תאריך ושעה

דר' עתאמנה מוחמד מ.ר. 159367 בת 23
ביום קבלתה מעורבת בתאונת דרכים כרוכבת מאחורה כאשר

27/02/2023
13:37

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 27/02/2023

תאריך שחרור: 27/02/2023

הופק ע"י דר' עתאמנה מוחמד 27/02/2023 14:13

מיון:

מיון אורתופדי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2023021524

מנהל:

אחות אחראית:

טלפון:

פקס:

מס' קבלה למחלקה:

ת. לידה: 20/08/1999

ת זהות: 31883236

גיל: 23

שם האב: בנימין

שם לב משפחה:

שם פרטי: אילה

כתובת: משה רבנו 2/ לוד

טלפון: 0583241357

סוג דם:

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

רכב אחר פגע בהם מאחור
לדבריה היתה חגורה, ללא פתיחת כריות אויר, ללא חבלת ראש
או איבוד
הכרה, מנגנון אחורי.
מתלונן על כאבים בגב תחתון.
בבדיקה:
מתהלכת עצמאית בתבנית תקינה.
רגישות קלה פאראוורטברלית.
הגבלה קלה בטווחי תנועת צוואר
תחושה שמורה ושווה, דו"צ בפיזור C5-T1
כוח גס שמור בכל התחנות בפיזור C5-T1
פיזור עצבים L2-S1 תקין מוטורי ותחושתי
הופקו רפלקסים תקינים לרבות בייספס, טרייספס, ברכיורדיאליס
ללא רפלקסים פתולוגיים
בצילום - ללא ממצא גרמי חריג

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

תאריך ושעה	כאב
13:27 27/02/2023	2

בדיקות עזר

בדיקה	תאריך	תוצאה
צילום עמוד שדרה מותני סקראלי	27/02/2023	לא הוקלדה תשובה

המלצות

המלצה:
* שיכון כאבים לפי הצורך
* חימום מקומי
* מנוחה יומיים.

מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 27/02/2023

תאריך שחרור: 27/02/2023

הופק ע"י דר' עתאמנה מוחמד 27/02/2023 14:13

מיון אורתופדי
דר' שקליאר ארקדי מ.ר. 34568
רונית אילסר
08-9441399
08-9441711
2023021524

מיון:
מנהל:
אחות אחראית:
טלפון:
פקס:
מס' קבלה למחלקה:

שם משפחה:	לב	ת. לידה: 20/08/1999
שם פרטי: אילה	ת זהות: 31883236	
כתובת: משה רבנו 2/ לוד		
טלפון: 0583241357	גיל: 23	
סוג דם:	שם האב: בנימין	

נא ליצור קשר עם הרופא המטפל, לבירור תשובות סופיות לבדיקות שבוצעו

*פעילות לפי יכולת.
*מעקב רופא בקופ"ח בעוד 5 ימים
*בהחמרה בכאבים, הופעה של חסרים נוירולוגים, ירידה בתחושה בגפיים, חולשה,
יש לפנות בדחיפות לבדיקת רופא.
חופשת מחלה: 2 ימים.

רופא אחראי

רופא: דר' עתאמנה מוחמד מ.ר. 159367

הוראות

גם בפניה חוזרת למיון יש להצטייד בהפניית רופא

חתימה: _____

מכתב נחתם ע"י: דר' עתאמנה מוחמד מ.ר. 159367

מרפאת אורתופדיה פעילה בימים א'-ה', לקביעת תורים יש להתקשר לטלפון- 08-9441515
מרפאת כף יד פעילה בימים ב' + ה', לקביעת תורים יש להתקשר לטלפון- 08-9441611

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	318832367	23 02 07 שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	אילה
דזימיטרובסקי		
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☒ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך 20.04.2023 חתימת המבוטח x 9.19



7101

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

חרטים על פגיעה מחוץ למוסד או למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה
 מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ למוסד/המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב: _____

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

2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		

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

☒ פגיעה בדרך לעבודה: באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? 8:00 איזו משמרת? לילה הכתובת שבה היה אמור לעבוד? אגודת לילה

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

הסיבה ליציאה המוקדמת: _____

שם המפעל / המעסיק		מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי				
לוגיקה		935947853				
תאריך תחילת עבודה: <u>6/3/22</u>		מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי				
היקף המשרה ב-%: _____		מספר ימי העבודה בשבוע: _____				
אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות <u>חופשה</u>						
מתי <u>14/9/22</u> עד מתי <u>9/1/23</u> נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☒ לא						
בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה						
החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שובללו בשכר ברוטו	שם התשלום
		יומי	חודשי			
חודש 01/23	17	☐	☒	12697		
חודש 12/22		☐	☒	2507		
חודש 11/22		☐	☒	2033		
חודש 10/22		☐	☒	812		
העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐						
האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____ ☐						
העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☒ כן ☐ לא						
לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה _____ ☐						
שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____						
שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא						
שם איש קשר לברור פרטי שכר _____ מספר טלפון: <u>07855790</u>						
תחילת המעסיק _____ תאריך <u>28/02/2023</u> שם ותפקיד החותם <u>חתימה</u>						

3

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 5.90

☐ 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)

4

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן

מס' תיק: 199/99
תאריך: 1999/09/19
מס' דף: 199/99/1999

תאריך: 28/02/2023 תפקיד החותם: תלכ שם החותם: שלמה חתימה וחומת: שלמה

5

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

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

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

□ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 במוסד הישן)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה									
שנה			חודש				יום		

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – 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".

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד		מספר תיק ניכיים		טלפון קווי	
מ.י.ר. צ"ח.י.ר. 2		935947853		10587181515171910	
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון פקס	
7360	96	נחל חלוץ			

לכבוד קופת חולים / בית חולים _____ לאומית _____ נא להגיש עזרה רפואית לי: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר _____

שם משפחה		שם פרטי		מין		מספר זהות / דרכון	
דוימטרובסקי		אילה		☐ זכר ☒ נקבה		7 6 3 2 3 8 8 1 3	
רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	
משה רבינו		2		6	לוד		
טלפון קווי				טלפון נייד			
0 8 6 1 9 4 3 8 2				0 5 8 3 2 4 1 3 5 7			

☒ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט - SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל

נפגע בתאריך		בשעה		כאשר עבד ב		פיתוח	
27022023		08:00		סוג העבודה		סוג העבודה	
מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר _____							
כתובת מקום התאונה על כביש 431							
תיאור התאונה עצירה פתאומית באמצע כביש מהיר - בעלי הנהג הצליח לבלום מהרכב שלפניו אך הרכבים שמאחורינו לא הצליחו הייתה תאונת ערשור על 4 רכבים - אצלינו ברכב הפגיעה הייתה מאחורה, לא נפתחו כריות אויר							
האיבר שנפגע כאבים בגב							
שם המאשר ותפקידו א.ג.ג. תאריך 28/2/23 חתימה וחותמת המעסיק							

4	
[Blank area for additional information or signature]	

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	הסכום בש"ח
סך-כל התשלומים	18,837.10
ניכויי חובה-מסים	2,961.00
ניכויי חובה-נוספים	
ניכוי קופות גמל	1,243.70
שכר נטו	14,632.40
ניכויים שונים	
נטו לתשלום	14,632.40

פרטי חשבון בנק

מספר חשבון	סניף	בנק
866615	180	52

תעריפים

תיאור	סכום
שעה	79.12
יום	654.55

נתונים נוספים

נתונים אישיים	
מספר זהות	31883236-7
מצב משפחתי	נשואה
ילדים עד גיל 19	2
הכנסות בן/בת-זוג	לא
קופת-חולים	לאומית
ביטוח לאומי	רגיל
מס הכנסה	רגיל
סוג משרה	יחידה
נתוני העסקה	
התחלת עבודה	06/03/2022
מעמד	עובד חודשי
ותק	1.01
אחוז משרה	100.00
נתונים חודשיים	
ברוטו למס הכנסה	19,165.00
אחוז מס שולי	31%
נקודות זיכוי	7.75
ערך נ.זיכוי ממוצע	1,821
ברוטו לב.לאומי	19,165.10
בי"ל מעסיק	1,145.40

סכומים מצטברים לשנת המס

ברוטו למס רגיל	48,286
מס רגיל	2,500
בי"ל מעסיק	2,781
הכנסה לא מבוטחת(ס47)	12,217
ניכוי לסעיף א45 (35%)	2,524
ניכוי לסעיף 47	
ערך נקודות זיכוי	4,881
הכנסה חייבת ב.ל.	48,287

יחידות מס

01	02	03	סה"כ
17	25	25	67

פרוט נקודות זיכוי

תושב ישראל	2.25
אישה	.50
ילדים בגילאים 1 - 5	5.00

לוגיקה איי טי טים אימבר 14 פתח תקווה
תיק ניכויים: 935947853 תאגיד: 514425016
מפעל: 01 1 מחלקה: 0002 30
תלוש שכר לחודש: **מרץ 2023**

דזימיטרובסקי אילה 1071
משה רבינו 2
לוד 7135005
30 0002

מרץ 2023

פרוט התשלומים

סמל	תאור	מחלקה	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום לתשלום
תשלומים אחרים							
112	משכורת						14,400.00
612	משכורת קיזוז		אוט'				-1,309.00
113	ש.נ.גלובלי						3,600.00
613	ש.נ.גלובלי קיזוז		אוט'				-327.20
133	נסיעות						250.00
633	נסיעות קיזוז		אוט'				-22.70
139	הבראה		אוט'	378.00	5.32		2,011.00
139	גלום שווי מתנות נטו		אוט'				235.00
סה"כ תשלומים אחרים							
מידע נוסף (לא לתשלום)							
תגס	ימי.ע.בפועל						16.00
תדס	שעות.ע.בפועל						110.25
זקיפות שכר							
סמל	תאור	מחלקה	תעריף	אחוז	כמות	סכום הזקיפה	סכום הגילום
08	שווי מתנות נטו					328.00	
סה"כ זקיפות שכר							
סה"כ תשלומים							
18,837.10							

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	בי"ל הפרשים	ביטוח בריאות	בב"ר הפרשים	סה"כ
1,317.00	831.00	813.00			2,961.00

ניכויים והפרשות לקופות גמל

קופה	שם	סוג הקופה	מספר עמית	סכום בסיס	הפרשת מעסיק	ניכוי מהעובד
קופות גמל/ביטוחים						
139	פניקס פ	קצבה שכיר-תגמולים	1169722095	13,091.00	850.90	916.40
139	פניקס פ	קצבה שכיר-פיצויים	1169722095	13,091.00	1,090.50	
132	פניקס	קרן השתלמות	907100327	13,091.00	981.80	327.30
סה"כ ניכויים והפרשות לקופות גמל						
1,243.70 2,923.20						
סה"כ ניכויים לקופות						
1,243.70						

היעדרויות

פרטים	מכסה שנתית	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	זיכוי מצטבר	ניצול מצטבר	יתרה חדשה
חופשה	20.00	4.10	1.67	2.00	4.50	2.00	3.77
מחלה	18.00	5.15	1.50	2.60	4.04	4.35	4.05
הבראה	6.00	4.82	.50	5.32	1.21	5.32	

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

ותק אצל המעסיק 01 שנים 01 חודשים
שכר לקצבה 13,091.00
שכר לקרן השתלמות 13,091.00
שכר מינימום: לחודש 5300.00 לשעה 28.49
שעות/ימים אפשריים: 22/182

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

חרטים על פגיעה מחוץ לנסה או למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה
 מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____

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

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

2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		

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

☒ פגיעה בדרך לעבודה: באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? 8:00 איזו משמרת? לילה הכתובת שבה היה אמור לעבוד? אברהם ל' 20

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

הסיבה ליציאה המוקדמת: _____

שם המפעל / המעסיק		מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי				
לוגיקה		935947853				
תאריך תחילת עבודה: <u>6/3/22</u>		מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי				
היקף המשרה ב-%: _____		מספר ימי העבודה בשבוע: _____				
אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות <u>חופש לידה</u>						
מתי <u>14/9/22</u> עד מתי <u>9/1/23</u> נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☒ לא						
בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה						
החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שובללו בשכר ברוטו	שם התשלום
		יומי	חודשי			
חודש 01/23	17	☐	☒	12697		
חודש 12/22		☐	☒	2507		
חודש 11/22		☐	☒	2033		
חודש 10/22		☐	☒	812		
העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐						
האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____ ☐						
העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☒ כן ☐ לא						
לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה _____ ☐						
שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____						
שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא						
שם איש קשר לברור פרטי שכר _____ מספר טלפון: <u>07855790</u>						
תחילת המעסיק _____ תאריך <u>28/02/2023</u> שם ותפקיד החותם <u>חיה</u>						

3

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 5.90

☐ 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)

4

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן

מס' תיק: 199/99
תאריך: 1999/09/19
מס' דף: 199/99/1999

תאריך: 28/02/2023 תפקיד החותם: תלכ שם החותם: שלמה חתימה וחומת: שלמה

5

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

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

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

□ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 במוסח הישן)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה									
שנה			חודש				יום		

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – 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".

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד		מספר תיק ניכיים		טלפון קווי	
מ.י.ר. צ"ח.י.ר. 2		935947853		10587181515171910	
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון פקס	
7360	96	נחל חלוץ			

לכבוד קופת חולים / בית חולים _____ לאומית _____ נא להגיש עזרה רפואית לי: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר _____

שם משפחה		שם פרטי		מין		מספר זהות / דרכון	
דוימטרובסקי		אילה		☐ זכר ☒ נקבה		318832367	
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה	
משה רבינו		2				6	
טלפון קווי		טלפון נייד		מיקוד		יישוב	
086194382		0583241357		לוד			

☒ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט - SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל

נפגע בתאריך		בשעה		כאשר עבד ב		פיתוח	
27022023		0800		סוג העבודה		סוג העבודה	
שנה		חודש		יום		סוג העבודה	
27		02		20		23	
מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר _____							
כתובת מקום התאונה על כביש 431							
תיאור התאונה עצירה פתאומית באמצע כביש מהיר - בעלי הנהג הצליח לבלום מהרכב שלפניו אך הרכבים שמאחורינו לא הצליחו הייתה תאונה ערשרת על 4 רכבים - אצלינו ברכב הפגיעה הייתה מאחורה, לא נפתחו כריות אויר							
האיבר שנפגע כאבים בגב							
שם המאשר ותפקידו א.ג.ג. תאריך 28/2/23 חתימה וחותמת המעסיק							

שם המאשר ותפקידו		תאריך		חתימה וחותמת המעסיק	
א.ג.ג.		28/2/23		[Signature]	

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



תיק: 318832367-60-01

דף 1 מתוך 3

לכבוד

אילה דוימטרובסקי
משה רבינו 2 דירה 6
לוד 7135005

661-021-000

תיק: 318832367-60-01

ד' באייר, תשפ"ג
25 באפריל 2023



מספר תיק:	31883236-7
תאריך פגיעה:	27/02/2023

גברת נכבדה,

תביעתך לדמי פגיעה, תאונה מתאריך 27/02/2023

הננו מאשרים כי הכרנו בפגיעה מתאריך 27/02/2023 כתאונת עבודה.

הפגיונות שהוכרו כתוצאה מהתאונה:

כאבי צוואר וגב תחתון

על פי המידע שבידינו את חברה בקופת חולים לאומית.

לקבלת החזר הוצאות הריפוי בגין הפגיעה, יש לפנות עם אישור זה לקופת החולים.

- קצבת נכות באפשרותך להגיש תביעה לקצבת נכות מעבודה תוך 12 חודשים ממועד ההכרה בפגיעתך (25/04/2023), באמצעות אתר הביטוח לאומי או בסניף הקרוב לביתך.
- מעבודה הגשת התביעה לאחר 12 חודשים עלולה לפגוע בתקופת הזכאות לתשלום (לפי סעיף 296 ו/או סעיף 107 לחוק הביטוח הלאומי).
- אחרי הגשת התביעה יישלח אליך זימון לוועדה רפואית שתקבע אם הפגיעה הותרה נכות שעבודה תהיה זכאות לקצבה.
- אפשר לקבל ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא עלות במרכז "יד מכוונת", *2496 או באתר האינטרנט.

בכבוד רב,
זכריה חגית
פקיד תביעות
נפגעי עבודה

שלום, אילה דזימיטרובסקי

דמי פגיעה

יציאה

בתאריך 21/04/2023 הוגשה תביעתך להכרה בפגיעה מיום 27/02/2023 כפגיעה בעבודה.

תביעתך אושרה בתאריך 25/04/2023.

נתוני שכר לצורך חישוב זכאותך
שכר רבע שנתי לשכיר: ₪ 38,091
דמי פגיעה ליום לשכיר: ₪ 317.43

פרוט תקופות הזכאות		
מתאריך	עד תאריך	מספר ימים
28/02/2023	01/03/2023	2
02/03/2023	02/03/2023	1
סה"כ תקופת הזכאות: 3		

הסניף המטפל: רמלה

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	הסכום בש"ח
סך-כל התשלומים	22,559.35
ניכויי חובה-מסים	4,504.00
קופות גמל בהסכם	1,697.76
שכר נטו	16,357.59
נטו לתשלום	16,357.59

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
866615	180	52

מטריקס אי.טי מערכות בע"מ, אבא אבן 3 הרצליה 46120
 תיק ניכויים: 939205852 חברה: 520036039
 מחלקה: 1416800 פתרונות דיגיטל ומסחר
 תלוש שכר לחודש: ספטמבר 2023

דזימיטרובסקי אילה 19182
 משה רבינו 2/6
 לוד 7135005
 00 - ללא שיוך
 1416800 3942

מרכיבי השכר

תיאור	יחידות	סכום
שכר ייסוד		24,240.00
סה"כ מרכיבי השכר		24,240.00

תעריפים

תיאור	סכום
משכורת	24,240.00
שעה	133.19

נתונים נוספים

נתונים אישיים
מספר זהות 318832367
מצב משפחתי נשואה
ילדים עד גיל 19 2
הכנסה לבן זוג לא
ביטוח לאומי רגיל
מס הכנסה מס חודשי מצטבר
נתוני העסקה
התחלת עבודה 02/07/2023
הסכם גלובאלי ק.משכר
אחוז משרה 100.00%
שעות שבועיות 44.5 ש.שבועי 182
נתונים חודשיים
ברוטו למס הכנסה 22,559
ית.זכאות ל- 47 75
אחוז מס שולי 35%
נקודות זיכוי 7.75
ברוטו לב.לאומי 22,559
הפ.ביטוח לאומי 1,426

סכומים מצטברים לשנת המס

ברוטו רגיל	71,364
מס רגיל	8,497
הכנסה לא מבוטחת	2,380
ניכוי לסעיף 45א 35%	4,381
ערך נקודות זיכוי	5,464
הכנסה חייבת במס	71,364
שכר חייב בל.	71,364

יחידות מס

01	02	03	04	05	06
07	08	09			
25	25	25			
ס"ה					75

פרוט התשלומים

סמל	תיאור	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום לתשלום
שכר עבודה						
001	שכר בסיס				100.00	19,392.00
097	ש"נ גלובלי					4,848.00
	סה"כ שכר עבודה					24,240.00
תשלומים בגין שעות נוספות ומאמץ מיוחד						
166	שעות חוסר		133.19	-100.00	18.70	-2,490.65
	סה"כ תשלומים בגין שעות נוספות ומאמץ מיוחד					-2,490.65
תשלומים בגין הוצאות						
026	נסיעות ברוטו					500.00
048	הבראה					260.00
104	ארוחות ברוטו					50.00
	סה"כ תשלומים בגין הוצאות					810.00
מידע נוסף						
1436	שעות עבודה					168.30
1439	שע אישור מעסיקי					168.30
	סה"כ מידע נוסף					336.60
	סה"כ תשלומים					22,559.35

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	הפרשי ב.לאומי	ביטוח בריאות	הפרשי ב.בריאות	סה"כ ניכוי חובה
2,402.00	1,109.00		993.00		4,504.00

ניכויים והפרשות לקופות גמל

קופה	שם	סוג הקופה	מספר חשבון	סכום בסיס	הפרשת מעסיק	סכום הניכוי
254	כלל קהש	קרן השתלמות		15,712.00	1,178.40	392.80
384	הפניקס פנסיה	קצבה שכיר-תג.		21,749.35	1,413.71	1,304.96
384	הפניקס פנסיה	פיצויים		21,749.35	1,811.72	
	סה"כ קופות גמל בהסכם				4,403.83	1,697.76
	סה"כ ניכויים והפרשות לקופות גמל					1,697.76

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות

פרטים	שכר בסיס	הפרשה	שווי	אחוז הפרשה
קרן השתלמות	47,136.00	3,535.20		7.50
תגמולים לקצבה	68,984.02	4,483.96		6.50

היעדרויות

פרטים	מכסה שנתית	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	זיכוי מצטבר	ניצול מצטבר	יתרה חדשה
חופשה בשעות	171.00	28.50	14.25	17.50	42.75	17.50	25.25
הבראה	5.00		.41	.41	1.25	1.25	
מחלה בשעות	162.00	27.00	13.50		40.50	40.50	40.50

תלוש שכר לחודש ספטמבר 2023
דזימיטרובסקי אילה 19182

פרוט נקודות זיכוי

2.25	תושב ישראל
0.50	אישה
5.00	ילדים 1-5

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

התקופה בעדה בוצע ניתוח נוכחות : מ-01/08/23 עד 31/08/23
בתקופה ניתוח הנוכחות נדרשו 23 ימי עבודה בהם 204.50 שעות תקן
בתקופה ניתוח הנוכחות בוצעו בפועל 21 ימים ובהם 168.30 שעות
ותק אצל המעסיק 3 חודשים
שכר לקצבה 21,749 שכר לקרן השתלמות 15,712
סך כל הניכויים : 6,201.76 ש"ח
שכר מינימום : לחודש 5571.75 לשעה 29.96

הודעה לעובד

שעות העבודה מתייחסות לחודש קודם

מנהל/ת אגף :

אמיר מילס

amirmi@matrix.co.il

052-9451495

מנהל/ת מש"א :

נילי טסלר

nilite@matrix.co.il

052-4742634

רפרנטית נוכחות :

סיון אודה

sivanod@matrix.co.il

09-9598847

חשבת שכר :

לימור גרומן

limorgr@matrix.co.il

09-9598051

*

סוכנות הביטוח המטפלת בתיק שלך : אגם לידרים
אשת הקשר של מטריקס שם הינה קרין סקליאר ופרטיה :
agam.matrix@agamin.co.il / 03-7535583

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	הסכום בש"ח
סך-כל התשלומים	23,804.67
ניכויי חובה-מסים	5,090.00
קופות גמל בהסכם	2,014.88
שכר נטו	16,699.79
נטו לתשלום	16,699.79

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
866615	180	52

מטריקס אי.טי מערכות בע"מ, אבא אבן 3 הרצליה 46120
 תיק ניכויים: 939205852 חברה: 520036039
 מחלקה: 1416800 פתרונות דיגיטל ומסחר
 תלוש שכר לחודש: אוגוסט 2023

דזימיטרובסקי אילה 19182
 משה רבינו 2/6
 לוח 7135005
 00 - ללא
 1416800 3942

מרכיבי השכר

תיאור	יחידות	סכום
שכר יסוד		24,240.00
סה"כ מרכיבי השכר		24,240.00

תעריפים

תיאור	סכום
משכורת	24,240.00
שעה	133.19

נתונים נוספים

נתונים אישיים
מספר זהות 318832367
מצב משפחתי נשואה
ילדים עד גיל 19 2
הכנסה לבן זוג לא
ביטוח לאומי רגיל
מס הכנסה מס חודשי מצטבר
נתוני העסקה
התחלת עבודה 02/07/2023
הסכם גלובאלי ק.משכר
אחוז משרה 100.00%
שעות שבועיות 44.5 ש.שבועי 182
נתונים חודשיים
ברוטו למס הכנסה 23,805
אחוז מס שולי 35%
נקודות זיכוי 7.75
ברוטו לב.לאומי 23,805
הפ.ביטוח לאומי 1,521

סכומים מצטברים לשנת המס

ברוטו רגיל 48,805
מס רגיל 6,095
הכנסה לא מבוטחת 1,570
ניכוי לסעיף 45א 35% 3,076
ערך נקודות זיכוי 3,643
הכנסה חייבת במס 48,805
שכר חייב ב.ל. 48,805

יחידות מס

01	02	03	04	05	06
07	08	25	25	50	50

פרוט התשלומים

סמל	תיאור	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום לתשלום
שכר עבודה						
001	שכר בסיס				100.00	19,392.00
097	ש"נ גלובלי					4,848.00
	סה"כ שכר עבודה					24,240.00
	תשלומים בגין שעות נוספות ומאמץ מיוחד					
166	שעות חוסר		133.19	-100.00	9.35	-1,245.33
	סה"כ תשלומים בגין שעות נוספות ומאמץ מיוחד					-1,245.33
	תשלומים בגין הוצאות					
026	נסיעות ברוטו					500.00
048	הבראה					260.00
104	ארוחות ברוטו					50.00
	סה"כ תשלומים בגין הוצאות					810.00
	מידע נוסף					
1436	1436 שעות עבודה					178.15
1439	שע אישור מעסיקי					178.15
	סה"כ מידע נוסף					356.30
	סה"כ תשלומים					23,804.67

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	הפרשי ב.לאומי	ביטוח בריאות	הפרשי ב.בריאות	סה"כ ניכויי חובה
2,839.00	1,196.00		1,055.00		5,090.00

ניכויים והפרשות לקופות גמל

קופה	שם	סוג הקופה	מספר חשבון	סכום בסיס	הפרשת מעסיק	סכום הניכוי
קופות גמל בהסכם						
254	כלל קהש			15,712.00	1,178.40	392.80
384	הפניקס פנסיה			22,994.67	1,494.65	1,379.68
384	הפניקס פנסיה					242.40
384	הפניקס פנסיה			22,994.67	1,915.46	
	סה"כ קופות גמל בהסכם				4,588.51	2,014.88
	סה"כ ניכויים והפרשות לקופות גמל					2,014.88

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות

פרטים	שכר בסיס	הפרשה	שווי	אחוז הפרשה
קרן השתלמות	31,424.00	2,356.80		7.50
תגמולים לקצבה	47,234.67	3,070.25		6.50

היעדרויות

פרטים	מכסה שנתית	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	זיכוי מצטבר	ניצול מצטבר	יתרה חדשה
חופשה בשעות	171.00	14.25	14.25	28.50	28.50		28.50
הבראה	5.00		.42	.42	.84	.84	
מחלה בשעות	162.00	13.50	13.50	27.00	27.00		27.00

תלוש שכר לחודש אוגוסט 2023
דזימיטרובסקי אילה 19182

פרוט נקודות זיכוי

2.25	תושב ישראל
0.50	אישה
5.00	ילדים 1-5

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

התקופה בעדה בוצע ניתוח נוכחות : מ-02/07/23 עד 31/07/23
בתקופה ניתוח הנוכחות נדרשו 22 ימי עבודה בהם 196.00 שעות תקן
בתקופה ניתוח הנוכחות בוצעו בפועל 21 ימים ובהם 178.15 שעות
ותק אצל המעסיק 2 חודשים
שכר לקצבה 22,995 שכר לקרן השתלמות 15,712
סך כל הניכויים : 7,104.88 ש"ח
שכר מינימום : לחודש 5571.75 לשעה 29.96

הודעה לעובד

שעות העבודה מתייחסות לחודש קודם

מנהל/ת אגף :

אמיר מילס

amirmi@matrix.co.il

052-9451495

מנהל/ת מש"א :

נילי טסלר

nilite@matrix.co.il

052-4742634

רפרנטית נוכחות :

סיון אודה

sivanod@matrix.co.il

09-9598847

חשבת שכר :

לימור גרומן

limorgr@matrix.co.il

09-9598051

*

סוכנות הביטוח המטפלת בתיק שלך : אגם לידרים
אשת הקשר של מטריקס שם הינה קרין סקליאר ופרטיה :
agam.matrix@agamin.co.il / 03-7535583

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	הסכום ב"ח
סך-כל התשלומים	25,000.00
ניכויי חובה-מסים	5,651.00
קופות גמל בהסכם	1,847.20
שכר נטו	17,501.80
נטו לתשלום	17,501.80

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
866615	180	52

מטריקס אי.טי מערכות בע"מ, אבא אבן 3 הרצליה 46120
 תיק ניכויים: 939205852 חברה: 520036039
 מחלקה: 1416800 פתרונות דיגיטל ומסחר
 תלוש שכר לחודש: יולי 2023

דזימיטרובסקי אילה 19182
 משה רבינו 2/6
 לוד 7135005
 00 - ללא
 1416800 3942

מרכיבי השכר

תיאור	יחידות	סכום
שכר ייסוד		24,240.00
סה"כ מרכיבי השכר		24,240.00

תעריפים

תיאור	סכום
משכורת	24,240.00
שעה	133.19

נתונים נוספים

נתונים אישיים
מספר זהות 318832367
מצב משפחתי נשואה
ילדים עד גיל 19 2
הכנסה לבן זוג לא
ביטוח לאומי רגיל
מס הכנסה מס חודשי מצטבר
נתוני העסקה
התחלת עבודה 02/07/2023
הסכם גלובאלי ק.משכר
אחוז משרה 100.00%
שעות שבועיות 44.5 ש.שבועי 182
נתונים חודשיים
ברוטו למס הכנסה 25,000
אחוז מס שולי 35%
נקודות זיכוי 7.75
ברוטו לב.לאומי 25,000
הפ.ביטוח לאומי 1,612

סכומים מצטברים לשנת המס

ברוטו רגיל	25,000
מס רגיל	3,256
הכנסה לא מבוטחת	760
ניכוי לסעיף 45 35%	1,454
ערך נקודות זיכוי	1,821
הכנסה חייבת במס	25,000
שכר חייב ב.ל.	25,000

יחידות מס

01	02	03	04	05	06
07	25	ס"ה	25		

פרוט התשלומים

סמל	תיאור	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום לתשלום
שכר עבודה						
001	שכר בסיס				100.00	19,392.00
097	ש"נ גלובלי					4,848.00
סה"כ שכר עבודה						
תשלומים בגין הוצאות						
026	נסיעות ברוטו					500.00
048	הבראה					260.00
סה"כ תשלומים בגין הוצאות						
סה"כ תשלומים						
25,000.00						

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	הפרשי ב.לאומי	ביטוח בריאות	הפרשי ב.בריאות	סה"כ ניכויי חובה
3,256.00	1,280.00	1,115.00			5,651.00

ניכויים והפרשות לקופות גמל

קופה	שם	סוג הקופה	מספר חשבון	סכום בסיס	הפרשת מעסיק	סכום הניכוי
קופות גמל בהסכם						
254	כלל קהש	קרן השתלמות		15,712.00	1,178.40	392.80
384	הפניקס פנסיה	קצבה שכיר-תג.		24,240.00	1,575.60	1,454.40
384	הפניקס פנסיה	פיצויים		24,240.00	2,019.19	
סה"כ קופות גמל בהסכם						
1,847.20 4,773.19						
סה"כ ניכויים והפרשות לקופות גמל						
1,847.20 4,773.19						

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות

פרטים	שכר בסיס	הפרשה	שווי	אחוז הפרשה
קרן השתלמות	15,712.00	1,178.40		7.50
תגמולים לקצבה	24,240.00	1,575.60		6.50

היעדרויות

פרטים	מכסה שנתית	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	זיכוי מצטבר	ניצול מצטבר	יתרה חדשה
חופשה בשעות	171.00		14.25		14.25		14.25
הבראה	5.00		.42		.42		.42
מחלה בשעות	162.00		13.50		13.50		13.50

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

ותק אצל המעסיק 1 חודשים
שכר לקצבה 24,240 שכר לקרן השתלמות 15,712
סך כל הניכויים: 7,498.20 ש"ח
שכר מינימום: לחודש 5571.75 לשעה 29.96

תלוש שכר לחודש יולי 2023
דזימיטרובסקי אילה 19182

פרוט נקודות זיכוי

2.25	תושב ישראל
0.50	אישה
5.00	ילדים 1-5

הודעה לעובד

מנהל/ת אגף :
אמיר מילס
amirmi@matrix.co.il
052-9451495

מנהל/ת מש"א :
נילי טסלר
nilite@matrix.co.il
052-4742634

רפרנטית נוכחות :
סיון אודה
sivanod@matrix.co.il
09-9598847

חשבת שכר :
לימור גרומן
limorgr@matrix.co.il
09-9598051

*

סוכנות הביטוח המטפלת בתיק שלך : מבטח סיימון
מצ"ב פרטי ההתקשרות עמם :
mvs@mvs.co.il / 03-7966060

לוגיקה איי טי טים אימבר 14 פתח תקווה
תיק ניכויים: 935947853 תאגיד: 514425016
מפעל: 01 1 מחלקה: 0002 30
תלוש שכר לחודש: מאי 2023

דזימיטרובסקי אילה 1071
משה רבינו 2
לוד 7135005
30 0002

מאי 2023

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	הסכום בש"ח
סך-כל התשלומים	11,222.50
ניכויי חובה-מסים	1,346.00
ניכויי חובה-נוספים	687.10
ניכוי קופות גמל	9,189.40
שכר נטו	
ניכויים שונים	
נטו לתשלום	9,189.40

פרטי חשבון בנק

מספר חשבון	סניף	בנק
866615	180	52

תעריפים

תיאור	סכום
שעה	79.12
יום	654.55

נתונים נוספים

נתונים אישיים	
מספר זהות	7-31883236
מצב משפחתי	נשואה
ילדים עד גיל 19	2
הכנסות בן/בת-זוג	לא
קופת-חולים	לאומית
ביטוח לאומי	רגיל
מס הכנסה	רגיל
סוג משרה	יחידה
נתוני העסקה	
התחלת עבודה	06/03/2022
מעמד	עובד חודשי
ותק	1.03
אחוז משרה	100.00
נתונים חודשיים	
ברוטו למס הכנסה	11,223.00
אחוז מס שולי	31%
נקודות זיכוי	7.75
ערך נ.זיכוי ממוצע	1,821
ברוטו לב.לאומי	9,703.90
ב"ל מעסיק	449.20

סכומים מצטברים לשנת המס

ברוטו למס רגיל	77,759
מס רגיל	4,319
ב"ל מעסיק	4,329
הכנסה לא מבוטחת(ס47)	20,056
ניכוי לסעיף א45 (35%)	4,039
ניכוי לסעיף 47	
ערך נקודות זיכוי	7,722
הכנסה חייבת ב.ל.	76,241

יחידות מס

01	02	03	04	05	סה"כ
17	25	25	25	14	106

פרוט נקודות זיכוי

תושב ישראל	2.25
אישה	.50
ילדים בגילאים 1 - 5	5.00

פרוט התשלומים

סמל	תאור	מחלקה	למידע	תעריף	אחוז	כמות	סכום לתשלום
תשלומים אחרים							
112	משכורת						14,400.00
612	משכורת קיזוז		אוט'				-6,261.10
113	ש.ג.גלובלי						3,600.00
613	ש.ג.גלובלי קיזוז		אוט'				-1,565.30
133	נסיעות						250.00
633	נסיעות קיזוז		אוט'				-108.70
139	הבראה		אוט'	378.00	0.78		294.80
חפס	פדיון חופשה לעוזב		אוט'	654.55	2.32		1,518.60
קמס	קיזוז ימימחלה		אוט'	464.52	1.95		-905.80
סה"כ תשלומים אחרים							11,222.50
מידע נוסף (לא לתשלום)							
014	שעות נוספות א					0.35	
תגס	ימי.ע.בפועל					8.00	
תד0	שעות.ע.בפועל					52.13	
סה"כ תשלומים							11,222.50

ניכויי חובה - מסים

מס הכנסה	ביטוח לאומי	ב"ל הפרשים	ביטוח בריאות	בב"ר הפרשים	סה"כ
787.00	209.00		350.00		1,346.00

ניכויים והפרשות לקופות גמל

קופה	שם	סוג הקופה	מספר עמית	סכום בסיס	הפרשת מעסיק	ניכוי מהעובד
קופות גמל/ביטוחים						
139	פניקס פ	קצבה שכיר-תגמולים	1169722095	7,233.10	470.20	506.30
139	פניקס פ	קצבה שכיר-פיצויים	1169722095	7,233.10	602.50	
132	פניקס	קרן השתלמות	907100327	7,233.10	542.50	180.80
סה"כ ניכויים והפרשות לקופות גמל						
						687.10
סה"כ ניכויים לקופות						687.10

היעדרויות

פרטים	מכסה שנתית	יתרה קודמת	זיכוי החודש	ניצול החודש	זיכוי מצטבר	ניצול מצטבר	יתרה חדשה
חופשה	20.00	1.38	.94	2.32	7.11	8.38	
מחלה	18.00	5.05	.85	7.85	6.39	10.75	
הבראה	6.00	.50	.28	.78	1.99	6.10	

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

ותק אצל המעסיק 01 שנים 03 חודשים
שכר לקצבה 7,233.10
שכר לקרן השתלמות 7,233.10
שכר מינימום: לחודש 5572.00 לשעה 29.96
שעות/ימים אפשריים: 13/108