

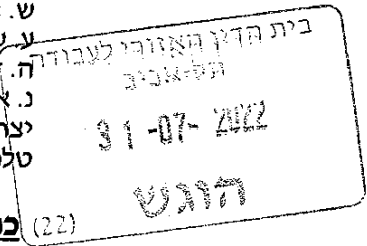
בבית הדין האזורי לעבודה תל-אביב**תיק מספר: 5505/03/2022****קבוע ליום:****בשעה:****בפני כבוד השופט/ת:****התובע:**

הררי יובל ת.ז. 24575441:
הנצחון 3 פתח תקווה, 4958150
ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג
רח' אבא הלל 7 רמת גן,
טלפון 03-7412358, פקס 077-3180983

הוגש לבית הדין
ונשלח לצד שכנגד
ביום:

- נגד -**הנתבע:**

המוסד לביטוח לאומי
ע"י ב"כ עוה"ד ל. דגון זבולון ואו.ר. הררי ואו.ע. וידנה ואו.
ש. צמיר ואו.ע. קמיוור ואו.ש. וינגרטן צ'רניקר ואו.ר. סגל ואו.
ע. עזר אשכנזי ואו.א. פישר ואו.נ. בן-שלום ואו.ד. קוסקאס כהן ואו.
ה. דמרי ואו.מ. שאליק ואו.א. עמר ואו.ג. בסון ואו.
נ. אבאיו ואו.א. פוגל ואו.ע. דיירי
יצחק שדה 17 תל אביב 64351
טלפון 03-6250730, פקס 03-6250031

כתב הגנה ובקשה לסילוק התביעה מחמת התיישנות (22)

- בהמשך להחלטת בית הדין הנכבד, מתכבד הנתבע להגיש כתב הגנה מטעמו;**
1. הנתבע יטען כי טענותיו והכחותיו בכתב הגנה זה מובאות בהשלמה הדדית במצטבר או לחילופין לפי העניין והקשר הדברים.
 2. הנתבע מכחיש כל פרט, טענה ועובדה המצוינים בכתב התביעה למעט אלה בהם יודה במפורש בכתב הגנה זה.
 3. עניינה של תביעה זו הינה החלטת הנתבע מיום 21.3.21, לפיה לא הוכח כי אירע לתובע בתאריך 1.1.21 אירוע תאונתי במסגרת עבודתו. **המדובר בהחלטה חלוטה אשר קיימת בגינה התיישנות** (ראו: תקנה 1(ב) לתקנות הביטוח הלאומי (מועדים להגשת תובענות), **התש"ל-1969**).
 1. **מדובר בדחייה הן עובדתית והן רפואית.**
 2. הנתבע יטען כדלקמן:
 - א. התובע יליד 1969, עבד בזמנים הרלוונטיים כמפנה אשפה בעיריית פתח תקווה.
 - ב. התובע הגיש תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה בגין אירוע (מוכחש) מיום 1.1.21, ולפיו "במהלך משמרת קיבל מכה ברגל ימין" ("להלן – **אירוע התאונה**).
 - ג. ביום 21.3.21, דחה הנתבע את תביעת התובע לתשלום דמי פגיעה בגין אירוע מיום 1.1.21, בהתאם לסעיף 79 לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], **התשנ"ה-1995** (להלן – **החוק**).
- מצ"ב – **כנספח ב'** – מכתב הדחיה.

- ד. מוכחש האמור בסעיף 2 לכתב התביעה, לתובע לא אירעה פגיעה בעבודה כמשמעותה בסעיף 79 לחוק.
- ה. מוכחש האמור בסעיפים 4 ו-23 לכתב התביעה, על פי האמור בסעיף 79 לחוק הביטוח הלאומי, "תאונת עבודה" היא תאונה שארעה לעובד תוך כדי ועקב עבודתו. התובע לא הצליח להרים את נטל ההוכחה החל עליו, להוכיח כי הפגיעה שארעה לו היא תוך כדי ועקב עבודתו עבור מעסיקו.
- ו. התובע לא עבר כל אירוע תאונתי או אירוע חריג במהלך עבודתו, ולמען הזהירות יטען הנתבע כי אף אין מדובר במחלת מקצוע וכי אין המדובר אף באירוע תאונתי עפ"י סעיף 80 לחוק.
- ז. לחילופין יטען הנתבע, כי אין קשר סיבתי בין האירוע התאונתי והכאבים לבין עבודת התובע ו/או אירוע מיום 1.1.21.
3. בידי הנתבע מצויים המסמכים הבאים: כתיבי בי – דין על נספחיהם, טופס תביעה, מכתב דחיה, התכתבויות הצדדים, מסמכים רפואיים שסיפק התובע, מסמכים פנימיים (חסוי).
4. מוכחש האמור בסעיפים 5 ו-8 לכתב התביעה, כל פעולות הנתבע בעניינו של התובע נעשו כדין.
5. מוכחש האמור בסעיף 6, אופי עבודתו של התובע טעון הוכחה כדין.
6. מוכחש האמור בסעיף 7 לכתב התביעה ודרוש הוכחה כדין.
7. מוכחש האמור בסעיפים 14-9 ככל ואינו עולה מן המסמכים הרפואיים בזמן אמת.
8. מוכחש האמור בסעיף 15 לכתב התביעה, הדחייה בדין יסודה.
9. מוכחש האמור בסעיף 19 לכתב התביעה מחוזר ידיעה.
10. מוכחש האמור בסעיפים 21-20 ו-23, כל פעולותיו של הנתבע בעניינו של התובע נעשו כדין.
11. לאור האמור, כב' בית הדין מתבקש לדחות את התביעה.



גלי גיון אלפסי
בסון,
ב"כ

עו"ד
הנתבע

(N)

טפסים-טופס דיווח תאונה



אגף התברואה והרכב

טופס דיווח על תאונת עבודה

לכבוד

מר מאיר סאיג
הממונה על בטיחות וגיהות

הרינו להודיעך על תאונת עבודה שפרטיה להלן:

(1) פרטי הנפגע

שם משפחה: כרמי שם פרטי: אסף ת.ז.: 2457344
כתובת מגורים: כניסה 3 פת' טלפון: 214339 סמס
תאריך לידה: 24/11/69 תאריך תחילת עבודה: _____
תפקיד: מפנה אשפה/חלוצ/מחזיר פחים ותק בתפקיד: _____
שם הממונה הישיר: יעקב ממו

(2) פרטי התאונה

תאריך התאונה: 21/11 שעת התאונה: 8⁰⁰
שעת תחילת עבודה: 06⁰⁰ קיבל טיפול ב: הרפואה
מקום התאונה: המפעל
מחוז העיסוק בעת התאונה: צפון
תיאור התאונה: הנפגע נפל מרובה גובה
עדויות לתאונה: הנהג: ווסי
איברי גוף שנפגעו: כף ימין - כף שמאל
ימי היעדרות מ: _____ עד: _____

(3) פרטי ממלא הטופס

שם ממלא הטופס: א. כרמי תפקיד: מנהל מפעל
אגף/מחלקה: התברואה והרכב טלפון: 03-5433813
חתימה: א. כרמי תאריך: 21/11

העתק: תיק בטיחות יחידה

כאשר יאבדו כלל האגף נכח רציף אל פתח
כאשר יאבדו כלל האגף נכח רציף אל פתח



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה

עמוד 1 מתוך 2

תאריך מתן האישור

שנה	חודש	יום

תאריך קבלת הטופס בקופה

שנה	חודש	יום

בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכיים	טלפון קווי
אברהם בן-ציון	318-300-926	10130143318
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב
רחוב גליל	3	בית שמש
מיקוד	טלפון פקס	מספר זהות / דרכון
		10130143318

לכבוד קופת חולים / בית חולים

נא להגיש עזרה רפואית ל: ☒ לעובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר

שים לב: הטופס אינו מיועד למילוי ע"י שוטר, סוהר או עובד משרד הביטחון

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
כרמל	דניאל	זכר ☒ נקבה ☐	10130143318
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
רחוב גליל	3		
טלפון קווי	טלפון נייד	מיקוד	יישוב
10130143318	10130143318		בית שמש

נפגע בתאריך	שנה	חודש	יום
12/04/2018	2018	04	12
כאשר עבד ב	שם המעביד	סוג העבודה	מיקום התאונה
30	אברהם בן-ציון	סוג העבודה	במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר ☐
כתובת מקום התאונה			
רחוב גליל, בית שמש			
תיאור התאונה			
נפגע נפל מרובה גובה קומה לרחוב גליל			
זרועות נפגעו, שבר ביד ימנית, שבר ביד שמאל, פגיעה בראש, פגיעה בגב, פגיעה ברגליים			
חאיבר שנפגע			
שם המאש			
ד"ר יעקב מנחם			

מספר זהות / דרכון	מספר תיק ניכיים	מספר זהות / דרכון	מספר תיק ניכיים
10130143318	318-300-926	10130143318	318-300-926

נא ציין את מספר תעודת זהות 25555555 ותאריך הפגיעה 12/12/21 עמוד 1 מתוך 8

חולצת קבלה		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
60/06		
07/02/21		

מס' זהות / דרכון	סוג המסמך	דפים
01		

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה
תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה



פרטים בסיסיים

☐ תאונה בעבודה	☒ שכיר	☐ עצמאי
☐ מחלת מקצוע	☐ מתנדב	☐ הכשרה מקצועית

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
יוסף	כרמי	25555555
תאריך לידה	תאריך עלייה	שנה חודש יום
1961/11/12		
מצב משפחתי		
☐ רווקה ☐ אלמנה ☐ פרושה ☐ נשואה ☒ גרושה ☐ ידועה בציבור		
מיקום (השוכנת במשרד חפטים)		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
3/3 מין	3	
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
	052-1234567	
☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS		
מנוע למכירתם את שוניהם מתכננים להשתמש (למעלה)		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה

שם מעסיק / מפעל / מקום עבודה		תפקיד התובע במקום העבודה	טלפון קווי
אייס (סמל מיון)		צ'יף - אגף אס"ם	052-1234567
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	טלפון נייד
3/3 מין			052-1234567
מס' פקס			
האם אתה אחד מבעלי החברה / בעל שליטה בחברה: ☐ לא ☐ כן, פרט:			
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעביד: ☐ לא ☐ כן, פרט:			
עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק - יש לצרף אישור על מעבודה שאותה ביצעת ליתר אחריות - ראו הערה)			
שם העסק	סוג העיסוק	טלפון קווי	
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	טלפון נייד

בא ציין את מספר תעודת זהות מיתצד 2 ותאריך הפגיעה מזל 1

מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)		האיר שנפגע	
מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)		תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	
שם בית החולים / מחלקה		תקופת אשפוז	
שם בית החולים / מחלקה		שנה חודש יום	
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☒ לא ☐ כן, פרט		קופת חולים שבה אתה חבר	
כללית ☒ לאומית		מכבי ☐ מאוחדת	

(المعجزة) كحرف

(08.2012) 211 / ב

הערה 1.1.23 13 סוף סדר - מילי קאנק
ע"י זיג עיין זיג

פרטי הרופאים המטפלים	שם הרופא	תחום המומחיות	רופא קופת חולים המקבל במרפאת פרטית	רופא קופת חולים המקבל במרפאת פרטית	כתובת וטלפון המרפאה שבה טופלת/אני מטופל
1	ד"ר אברהם זיסקין	רפואת ילדים	☒	☐	קופת חולים
2	ד"ר ארנון זיסקין	רפואת ילדים	☐	☐	בית חולים
3	ד"ר ארנון זיסקין	רפואת ילדים	☐	☐	קופת חולים
4			☐	☐	
5			☐	☐	

5	האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? ☐ לא ☐ כן (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)	מספר התיק במשטרה
6	התאונה אירעה:	בדרך למקום מגוריך ☐ תוך כדי עבודה ☐ בדרך לעבודה ☐
7	האם נפגעת בהיתוך:	☐ הולך רגל ☐ מסע ברכב ☐ נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)
8	סוג הרכב המעורב בתאונה:	☐ רכב ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע ☐ מונית ☐ אחר *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב.
9	בעלות הרכב:	אם הרכב בבעלות חברת השכרה/ ליסינג, נא לצרף עותק מההסכם.
10	פרטי הנהג	שם ומשפחה
11	שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון ס"ב
12	שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון ס"ב
13	שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון ס"ב
14	האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח?	שם חברת הביטוח
15	☐ לא ☐ כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח	מס' פוליסה
16	סוג התאונה בניזקין	☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות ☐ אחר ☐ נשיכה מכלב ☐ תקיפה
17	האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לתאונה? ☐ לא ☐ כן, פרט:	שם עורך הדין המטפל
18	כתובת	מס' טלפון
19	מס' פקס	

מלא

נא ציין את מספר תעודת זהות 25222222 ותאריך הפגיעה 1/11/11

6

לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים

☐ קיבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה _____

☐ עבדתי אצל מעבידים נוספים * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

אחרי הפגיעה

☐ טרם חזרתי לעבודה

☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך		מתאריך	
שנה	חודש	שנה	חודש
שעה עד שעה	שעה עד שעה	שנה חודש יום	שנה חודש יום
שעה עד שעה	שעה עד שעה	שנה חודש יום	שנה חודש יום

בתאריך _____ שנה _____ חודש _____ יום _____

☐ חזרתי לעבודה מלאה

אני מצהיר בזאת, כי שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו

משעה	עד שעה
שעה עד שעה	שעה עד שעה

7

חובה להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל) _____

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה * _____

שמות בעלי החשבון			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי אני השותף בחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקדו בחשבון, בעבור מקבל התביעה. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה. אני מסכים שהבנק הנ"ל 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.			
תאריך	חתימת מקבל התשלום	חתימת/חתימות השותפים לחשבון	

☐ עיוור או נכה 100%
☐ פטור חלקי * יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

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 בודיעין 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.		
תאריך	חתימת התובע	
אם התביעה לא חתומה ע"י התובע, נא לציין את הסיבה לכך		
שם החותם	כתובת	מספר זהות
אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:		
שם העד לחתימה		מספר זהות

נא ציין את מספר תעודת זהות 245554 ותאריך הפגיעה תאריך

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

11	
☐ התאונה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה מקום הפגיעה: <u>כניסה לשלוח</u> שעת הפגיעה: <u>8"</u>	
המקום שבו היה על הנפגע לעבוד או שבו עבד הנפגע ביום התאונה: <u>כניסה לשלוח</u>	
האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב: _____	
האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם _____ 2. שם _____	
תפקיד הנפגע במפעל <u>צוות שליטה</u>	מטרת יציאתו מחוץ למפעל <u>לפיקוח</u>
שעת היציאה <u>06"</u>	שעת החזרה הצפויה <u>10"</u>
☐ תאונה בדרך לעבודה באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____ האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש? ☐ לא ☐ כן	
☐ תאונה בדרך הביתה באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, _____ הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו: _____	

12	
שם המפעל / המעביד _____	מספר תיק מעביד במוסד <u>9</u>
תאריך תחילת עבודה: _____ 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: _____ נא לציין מתי _____ עד מתי _____ נעדר 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	
החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר
העובד הוא	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח
יומי	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנקללו בשכר ברוטו
חודשי	שם התשלום
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐ העובד לא שב עדיין לעבודה. ☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____	
☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה: _____	

13

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעביד? (נכון ליום התאונה)

☐ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום התאונה: _____

☐ 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)

14

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים מסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל: _____

נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה. _____

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת * _____

15

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעביד מורשה לפי תקנה 22:

☐ הנ"ל נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ הנ"ל אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעביד מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעביד מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוצי:

☐ הנ"ל חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנ"ל אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעביד וחותמת * _____

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

נא ציין את מספר תעודת זהות 0 2 4 5 7 5 4 1 ותאריך הפגיעה
למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

13

☐ 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 ליציאה	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? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

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

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

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

14

שם המפעל / המעסיק _____ מספר תיק ניכויים במסד לביטוח לאומי _____

עיריית פתח-תקוה

תאריך תחילת עבודה: 01-07-2007

מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

היקף המשרה ב-% _____ מספר ימי העבודה בשבוע: _____

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבות היעדרות:

ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש ללמול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, הפרשים 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
		יומי	חודשי	
חודש 10/2020	25.00	☒	☐	12200
חודש 11/2020	25.00	☒	☐	10982
חודש 12/2020	25.00	☒	☐	15058
חודש _____		☐	☐	

הערה: השכר החייב בדמי ביטוח כולל תשלומים נוספים המיוחסים לחודשים הנדרשים לאחר הפעלת כללי הפריסה של "תשלום נוסף" בהתאם לתקנות

שיטת דיווח זו אושרה ע"י המוסד לביטוח לאומי

☐ העובד לא שב עדיין לעבודה. ☐ 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 _____

חתימת המעסיק _____ תאריך 31/1/2021 שם ותפקיד החותם _____

פתח-תקוה
מחלקת שכר

נא ציין את מספר תעודת זהות 0 2 4 5 7 5 4 4 1 ותאריך הפגיעה _____ עמוד 9 מתוך 10

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

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

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

☐ לא, ☐ העובד נצל את כל הימים העומדים לזכותו ☐ לא נצברו ימי מחלה ☐ אחר _____

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה על-ידי הקרן לדמי מחלה _____ (שם הקרן)

16 הצהרת המעסיק

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 _____

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת * _____

17 פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאשר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ 31/11/2021 ושלמנו לו דמי פגיעה כחוק. 31/11/2021

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

מעסיק מאשר לפי סעיף 343:

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

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת * _____ עיריית פתח-תקוה מחלקת שכר (נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

נא ציין את מספר תעודת זהות 271111 ותאריך הפגיעה 1/1/11 עמוד 8 מתוך 8

חותמת קבלה

א.ז.ר.

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	<u>271111</u>	<u>1/1/11</u>
שם משפחה	שם פרטי	שנה חודש יום
<u>כוכי</u>	<u>יונה</u>	<u>11</u> <u>1</u> <u>1</u>
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

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 או אחר.

תאריך 27.1.11 חתימת המבוטח * [Signature]



המוסד לביטוח לאומי

דמי פגיעה

טל: 04-8812345 או *6050
פקס: 03-9114822
שעות מענה: א-ה 8:00-17:00
קבלת קהל: א,ג,ה 8:00-12:30

שירות חדש: זימון תור 8321*

סניף: פתח תקוה
רוטשילד 72
פתח תקוה 4947332

תיק: 024575441-60-06

1 מתוך 1

לכבוד

יובל הררי

הנצחון 3

פתח תקוה 4958150



תיק: 024575441-60-06

ח' בניסן, תשפ"א
21 במרץ 2021

מספר תיק: 02457544-1
תאריך פגיעה: 01/01/2021

רשום

אדון נכבד,

הנדון: תביעתך לתשלום דמי פגיעה - לתאונה מתאריך 01/01/2021

אנו מצטערים להודיעך, כי עלינו לדחות את תביעתך הנ"ל לתשלום דמי פגיעה, על פי הוראות סעיף 79 לחוק הביטוח הלאומי, ומהנימוקים הבאים:

על פי האמור בסעיף 79 לחוק הביטוח הלאומי, "תאונת עבודה" היא תאונה שאירעה לעובד תוך כדי ועקב עבודתו או מעבידו או מטעמו.

מעיון בפרטי תביעתך ובמסמכים שצורפו אליה לא הוכח כי בתאריך 01/01/2021 אירע לך אירוע תאונתי כלשהו במהלך עבודתך ואשר הביא לנפיקות בבהן 1 כף רגל ימין.

הפגימה הנטענת נובעת מתהליך תחלואתי טבעי שאינו קשור בעבודה.

לתשומת ליבך, הרשות בידך להגיש תובענה על החלטה זו. את התובענה יש להגיש ב 4 העתקים לבית הדין האזורי לעבודה ברח' הרב יצחק ניסנבום (בת 7 בת ים 59620, תוך שנים עשר חודשים מיום קבלת מכתב זה.

לידיעתך, יש באפשרותך לפנות לוועדת תביעות תוך 6 חודשים ממועד קבלת ההחלטה בתביעה. ועדת תביעות רשאית להמליץ לבחון שנית החלטת פקיד תביעות. לשם כך יש למלא טופס "פניה לוועדת תביעות" (ב.ל. 910).

ניתן להשיגו בסניפי המוסד לביטוח לאומי או לבקשו מהמוקד הטלפוני *6050 או באתר האינטרנט, כתובת האתר www.btl.gov.il

באפשרותך ללמוד על הוועדה ועל סמכויותיה באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי. הוועדה אינה מוסמכת לדון בנושאים רפואיים.

אין בפנייתך לוועדת תביעות כדי להאריך המועדים הקבועים בחוק להגשת תביעה לבית הדין.

לידיעתך, כל התכתבות או פניה חוזרת לביטוח הלאומי, וכן פניה לסיוע המשפטי אין בהן כדי להאריך את המועד להגשת ערעור.

בכבוד רב,
זכאי ורד
פקיד תביעות
נפגעי עבודה



**זכאות לסיוע משפטי ללא תשלום, למי שתביעתו או
עררו נדחו על ידי המוסד לביטוח לאומי**

בהתאם לסעיף 397 לחוק הביטוח הלאומי קיימת זכאות להגיש בקשה לסיוע משפטי מהלשכה לסיוע משפטי שליד משרד המשפטים.
לידיעתך! האגף לסיוע משפטי במשרד המשפטים, מספק סיוע משפטי באמצעות עו"ד, ללא תשלום, למי שתביעתו או עררו נדחו ע"י המוסד לביטוח לאומי.

הסיוע המשפטי כולל ייעוץ וייצוג בפני בית הדין לעבודה, בכפוף לכך שהאגף לסיוע משפטי יגיע למסקנה כי קיים סיכוי משפטי בעניין.

את הבקשה לסיוע משפטי ניתן להשיג בסניף המוסד לביטוח לאומי, במזכירות בית הדין לעבודה, באתר האינטרנט של משרד המשפטים שכתובתו www.justice.gov.il ובמחוז לסיוע משפטי הקרובה למקום מגוריך.

מוקד טלפוני של הלשכה לסיוע משפטי: 6405*

כתובות הלשכה לסיוע משפטי:

שם המחוז	כתובת	פקס
ירושלים	רח' הסורג 1 - בית מצפה. ת.ד. 1777 יחשלים 91017	02-6467611
תל אביב - יפו	רח' הנרייטה סולד 4, תל אביב יפו 64924	02-6467717
לוד	רח' אבא הלל 13	02-6468008
חיפה	רח' פליים 15, קומה 11 חיפה 33095	02-6467943
באר שבע	רח' קהן היסוד 4, בית קרסו	02-6467672
נצרת	רח' תאופיק זיאד 3047 - בנין ופא סנטר ת.ד. 50021 נצרת 16160	02-6462532
שעות קבלת קהל בלשכות: בימים א', ב', ג', ה' בין השעות:		
ביום ג' גם בין השעות		
ביום ד' לא מתקיימת קבלת קהל		

טל: 04-8812345 או *6050
פקס: 03-9114822
שעות מענה: א-ה 08:00-17:00
קבלת קהל: א,ג,ה 08:00-12:30

דמי פגיעה

שירות חדש: זימון תור *8321

www.btl.gov.il
המוסד לביטוח לאומי

סניף: פתח תקוה
רזטשילד 72
פתח תקוה 4947332



תיק: 024575441-60-06

דף 1 מתוך 1

לכבוד
עיריית פתח תקוה הגזברות
העליה השניה 1
פתח תקוה 4936001

533-017-051

תיק: 024575441-60-06

ח' בניסן, תשפ"א
21 במרץ 2021



מספר תיק: 02457544-1

תאריך פגיעה: 01/01/2021

הנדון: תביעת מר יובל הררי לתשלום דמי פגיעה
פגיעה מתאריך 01/01/2021

הרינו להודיעך כי תביעתו של מר יובל הררי, ת.ז. 02457544-1 נדחתה.

בכבוד רב,
זכאי ורד
פקיד תביעות
נפגעי עבודה

העתק:
מר יובל הררי

בל/215