

(א) צ"ל את הספר העדות זרות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט		☒ שכיר ☐ עצמאי ☐ מתנדב	
☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי		פרטי התובע 1 שם משפחה: קרימל שם פרטי: אריאל	
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) 324015569		מס' תלפון קווי: 0542139040 מס' תלפון נייד:	
דואר אלקטרוני:		עם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:	
שם משפחה איש קשר שם פרטי איש קשר		מס' זהות איש קשר מס'	
אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתי, אם לא סימנתי "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת. מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים			
רחוב / תא דואר		מס' בית כניסה דירה	
מיקוד		יישוב	
2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית			
שם מעסיק/ מפעל:			
רחוב / תא דואר		מס' בית כניסה דירה	
מס' תלפון קווי: 086758922		מס' תלפון נייד:	
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט:			
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן, פרט:			
עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)			
שם העסק:			
רחוב / תא דואר		מס' בית כניסה דירה	
מס' תלפון קווי:		מס' תלפון נייד:	
מס' תלפון פקס:			

במל 211 (05.2022)

28

ב"ל 211 (05.2022)

עמוד 3 מתוך 8

324015569 נא לציין את מספר תעודת זהות

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפניה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
אזורי זמן + פגיעה (כאן) - כאן אזורי חירום	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה _____ חודש _____ יום _____ שעה _____		

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום?
☒ לא ☐ כן, פרט _____

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלת או אני מטופל	טלפון המרפאה

5

סיכום וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן
 הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר _____

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
מר. רמון זר	עורך-דין ונוטריון מ.ר. 6049	

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה

☐ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.	☐ נפילה ממקום גבוה	☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה	☐ התחשמלות
☐ תקיפה	☐ פגיעה מבעל חיים	☒ אחר: כאן יציין אזורי זמן + פגיעה (כאן)	
☐ תאונה בבניין	שם האתר	שם הקבלן המבצע	

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה? ☐ לא ☐ כן

תביעה נגד _____ שם עורך הדין המטפל _____
 כתובתו _____ מס' טלפון _____
 מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

בז' 211 (05.2022)

7 **פירוט העיסוקים**

לפני הפגיעה

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

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים

☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

מתאריך		עד תאריך		מתאריך		עד תאריך	
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש
2022	04	28	2022	04	28		

עד שעה _____ משעה _____

עד שעה _____ משעה _____

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____

☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה _____ עד שעה: _____

עבודה במשמרות ☐

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

יש 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)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה X _____

פרטי החשבון

כל חשבוש שנעשה על ידי המוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון: אליהו קינאי

שם הבנק: אליהו

שם הסניף / כתובתו: א.ס.ק.מ.

מס' סניף: 789

מספר חשבון: 045847/34

לחבר קיבוצ או מושב שיתופי: ☐ אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוצ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי

10

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11

הצהרת התובע/תובעת

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

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

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בודעין 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 לגמלה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון הבנק תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך: 29.5.22 חתימת התובע: X

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	קרבה לתובע

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרף לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____

עמוד 6 מתוך 8

30/05/2022

324015569

לא ציין את מספר תעודת זהות

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

1

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
183			
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 בשעת הקבועה? ☐ כן ☐ לא

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

2

שם המפעל / המעסיק: _____ מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי: _____

עדיכול חברה למתן שרר: _____

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי
 13/01/22

אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרס את סיבות ההיעדרות: _____

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

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החדר פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבור שולם השכר	העובד הוא: ☐ יומי ☒ חודשי	שכר ברוטו החייב בדמי פטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר בחסו	סכום לתקופה	שם התשלום
חודש 04/22	22.0	☒	6194			
חודש 03/22	5.0	☒	1469			
חודש 02/22	20.0	☒	5852			
חודש 01/22	12.0	☒	3612			

☒ השכר שב לעמדה בתאריך _____

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

☐ השכר ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא

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

שם בית התוכנה או לשכת השיחת באמצעות המעסיק מפיק תלושי שכר: _____

שוגר סופס 100: ☐ כן ☐ לא

שם איש קשר לבית פרטי שכר: _____ מספר טלפון: 08-6458922

תחילת המעסיק: _____ תאריך: 30/05/2022 שם ותפקיד החותם: _____

חתימת המעסיק: _____ חתימת התובע: _____

מ/211 (04.2021)

מספר טלפון: 08-6458922

תחילת המעסיק: _____ תאריך: 30/05/2022 שם ותפקיד החותם: _____

חתימת המעסיק: _____ חתימת התובע: _____

עמוד 7 מתוך 8 30/05/2022

נא ציין את מספר תעודת זהות 324015569

3

האם העבד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)
☐ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העבד עד יום הפגיעה:

☒ לא, ☐ העבד ניצל את כל הימים השמורים לזכותו

☐ לא נצבר ימי מחלה

☐ אחר, ציין מספר ימי מחלה: אין

☐ העבד 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 חושק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן:

מסר העובד על הפגיעה

הפגיעה

חתימה וחותמת

תאריך: 30/05/2022 תפקיד החותם: ע"י חתימה וחותמת

עדות
חברה למתן שירות
ח.פ. 3-1972

5

העבד זכאי לפסוק 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 בנוסח הישן)

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח

חתימת המעסיק וחותמת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

עמוד 8 מתוך 8

חותמת קבלה

נא ציין את מספר תעודת זהות 324015569

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים		1
תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
28/04/2022 שנה חודש יום	324015569	60
שם פרטי	שם משפחה	
NIC	קרין	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה	2
אני הח"מ, שפרט"י 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 אודותי.	
תאריך	חתימת המבוטח
29.5.22	X