

עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה

שנה	חודש	יום

המוסד לביטוח לאומי
מנהל 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 ביכויים		טלפון קווי
משרד המשפטים		9490167		0733926662
רחוב/ תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון פקס
3344 אלזין	29	ירושלים		

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

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
יעקוב	למנון	זכר ☒ נקבה ☐	205747991

נפגע בתאריך	בשעה	כאשר עבד ב
04/12/2023	05	משרד המשפטים סוג העבודה
מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר		
כתובת מקום התאונה משרד רחוב האלמון		
תיאור התאונה החלפת מכלית מים במכלית המים במשרד האלמון. נפילת אדם על מכלית מים.		
האיבר שנפגע יד ימין, שבר היד ימין, אצבעות יד ימין.		

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	שם החותם
	חתימה וחותמת

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 8

205747991 גא ציין את מספר תעודת זהות

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	205747991
סוג המסמך	01
דפים	

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	☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעבר זר)	
ישראל		מר		205747991	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
		052-2875112		naor.yacob@gmail.com	
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך - גא השלם את הפרטים הבאים:					
שם משפחה איש קשר		שם פרטי איש קשר		מס' זהות איש קשר	
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט - SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתי, אם לא סימנתי "אני מסרב", הודעות בנושא הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
מען למכתבים - אם שונה מהרשום במשרד הפנים					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
264	14	ב	ב	נצרת	20128

שם מעסיק/ מפעל						תפקיד התובע במקום העבודה																													
משרד העבודה						מנהל במטה																													
רחוב / תא דואר						מס' בית						כניסה						דירה						יישוב						מיקוד					
טלפון קווי						טלפון נייד						מספר פקס																							
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 מתוך לעסק - יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)																																			
שם העסק												סוג העיסוק																							
רחוב / תא דואר						מס' בית						כניסה						דירה						יישוב						מיקוד					
טלפון קווי						טלפון נייד						טלפון פקס																							

'x23

4 פרטי המטופל והפואד

האיבר שנפגע	מהות התבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
יב יען - שרש ב'ג' <u>שקר</u>	תקופת אשפוז <u>0</u>	שם בית החולים / מחלקה
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	שעה <u>11</u> דקות <u>20</u> שניות <u>23</u>	שם בית החולים / מחלקה
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי		
יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים		
פרטי הרופאים המטפלים		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה
		טלפון המרפאה

5 סינוע נפוצה בהגשת תביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן

הגוף המסייע 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 יפיו כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברוצה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "יפיו כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גרם מסייע	כתובת	טלפון

6 פרטים על תאונה

סוג התאונה

☒ תאונת דרכים. יש לצרף דו"ח משטרה והעתק מההודעה לחברת הביטוח.

☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרגה פגומה ☐ התחשמלות

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר

☐ תאונה בבניין שם האתר שם הקבלן המבצע

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

תביעה נגד שם עורך הדין המטפל

כתובת 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

7									
לפני הפגיעה									
במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה: א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/מספ * נא לצרף אישורים מתאימים. ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה: ☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.									
לאחר הפגיעה									
לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה ☒			מתאריך <u>16/11/2024</u> עד תאריך <u>15/11/2024</u> שנה חודש יום שנה חודש יום						
עד שעה <u>18:30</u>		משעה <u>18:30</u>		עד תאריך <u>16/11/2024</u> שנה חודש יום שנה חודש יום		מתאריך <u>16/11/2024</u> שנה חודש יום שנה חודש יום		☐ שהייתי בעסק / בעבודתי	
עד שעה <u>18:30</u>		משעה <u>18:30</u>		עד תאריך <u>16/11/2024</u> שנה חודש יום שנה חודש יום		מתאריך <u>16/11/2024</u> שנה חודש יום שנה חודש יום			
☒ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך <u>16/11/2024</u> ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה									
שלטת עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו: ☒ משעה <u>18:30</u> עד שעה: <u>18:30</u> ☐ עבודה במשמרות									

8	
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 התונים שלהלן נכונים תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה <u>x</u>	

9 פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיוגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבוני הפרטי רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון			
מספר חשבון			
שם הבנק			
שם הסניף / כתובת			
מס' סניף			
מספר חשבון			
לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי			

10 פטור ממס הכנסה

יש לי צורך אושורי זכויות לפטור ממס הכנסה עבור הפגיעה

☐ עיזור / 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 זכויותי.

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 זכויותי 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 /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 יעודכן פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך 21/03/24 חתימת התובע * [חתימה]

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 אפסטרפסות, פסק דין או יותר סודיות - יש לצרפם לתביעה.

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

למילוי 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 בו: _____			
האם נכחו עובדים מספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ז. _____ 2. שם _____ ת.ז. _____			
תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את התוראה לצאת	תפקידו
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		
☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____ ☐ פגיעה בדרך לעבודה: באיזן שעת היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזן משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____			
☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזן שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____			

2			
שם המפעל / המעסיק		מספר תיק ניכיים במסד לביטוח לאומי	
שם המפעל / המעסיק: <u>Colma</u>		מספר תיק ניכיים: <u>91411911167</u>	
תאריך תחילת עבודה:	מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☒ חודשי	היקף המשרה ב-%:	מספר ימי עבודה בשבוע:
11/3/23		100	5
☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____ ממת' _____ עד מת' _____ 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	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שונלו בשכר בחסו
שם התשלום	יומי	חודשי	לתיקוף
חודש	☐	☐	
חודש	☐	☐	
חודש	☐	☐	
חודש	☐	☐	
☐ העובד שב לעבודה בתאריך <u>7.1.24</u> ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.			
☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא 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 מפיק תלושי שכר _____ שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ דואר אלקטרוני: _____ תחנת המעסיק: _____ תאריך: <u>14/4/24</u> שם ותפקיד החותם: _____ משרד המשפטים מח' מעשפ"ת רח' המלך דוד 20, ירושלים טל' 02-6467013, 02-3926656			

משפטים

לכבוד

תאריך: 07/04/24

המוסד לביטוח לאומי
נכבדי,

הנדון: פירוט שכר לקבלת דמי פגיעה בעבודה

תיק מעביד מס': 941901167

אנו מאשרים כי מר/ת יעקוב מרון מספר זהות 205747991

בכתובת שכונה נוצרית 26 ד.ח.1 מגאר מגאר

נפגע בתאריך: 4/12/23 יום בשבוע: ב' שעת הפגיעה: 18:05

פירוט השכר ברבע השנה שקדם ליום הזכאות:

מס	החודשים שקדמו להפסקת העבודה	הלמם עבורם שולם שכר	ימי עבודה בשבוע	שכר חודשי לומי או שעות	סכום לעידוד צמיחה חודשי	שכר חודשי חליב בדמי ביטוח ברוטו	הערות
1	09/2023	30		חודשי	0.00	9,319.57	
2	10/2023	31		חודשי	0.00	9,269.28	
3	11/2023	30		חודשי	0.00	9,056.03	
4	12/2023	31		חודשי	0.00	9,317.21	

הערות:

* תשלומים נוספים לשכר (כגון הבראה, בלגוד ותשלומים חד פעמיים) והפרשי תשלומים מי וחסיס בהתאמה לשכר החודשי החליב בדמי ביטוח-ברוטו בטבלה.
* שכר חודשי חליב בדמי ביטוח ברנטו הילנו השכר לאחר הפחתת הסכום לעידוד צמיחה חודשי בחודשים הרלוונטיים.

תאריך תחילת העסקת התובע במפעל/מקום העבודה: 01/03/23

התובע ממשיך להמנות על עובדי המפעל? כן / לא

התובע הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____

הנפגע שב לעבודה ביום 3/12/24 / הנפגע עדיין לא שב לעבודה.

התובע נעדר מהעבודה ברבע השנה בתקופות _____ מסיבה _____

הצהרת המעסיק:

הצהרה: אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שנמסרו על ידי הנפגע ועל ידי/נו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו פרט ל: נא לפרט את ההסתגולות - אם ישנן - לגבי הפגיעה.

ד. אריה יחזקיהו
שם חתום ותפקיד
רמל ר

משרד המשפטים
מח' משפחות
ת.ד. 20 ג-ם
חתימת התובע/ת המפגע/ת
טל: 072-3903081 מק: 02-6467013

3/12/24
תאריך

3

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

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

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים השומדים 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 _____

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

5

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☒ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך 5.12.23 עד תאריך 16.12.23 ושילמו לו דמי פגיעה כחוק.

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

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנסח הישן)

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בקוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בקוג ביטוח _____

משרד המשפטים
מח' משכורות
רח' המלך דוד 20, ירושלים
ל' 073-3926656 פקס: 02-6467813
חתימת המעסיק וחתימת * _____
(אם יש להוסיף פרטים משלמים)

3

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

☒ כן, ציין את מספר הימים שעמחז לזכות העובד עד יום הפגיעה: 26 ימים

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצבר ימי מחלה

☐ אחר _____

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה _____

(שם הקרן)

4

אנו החתומים בטעם מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסכנו אם 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 3/4/24 תפקיד החותם _____ מיכל שם החותם _____ חתימה וחותמת * Cus

מנהל תחום משא"ן מנהל תחום משא"ן יחידת הניהול

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 בקסח הישן)

דיבוצ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחתימת * _____

(מדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

תאריך הפגיעה		מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
2024/03/21		205747801	60
שם פרטי		שם משפחה	
מרן		יעקב	
חבר בקופת חולים			
☒ כלית ☐ 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 ידי או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי או דתי.

תאריך 21/03/24 חתימת המבוטח * [Signature]