



דף 1 מתוך 1

תיק:
212878730-60-01
מנה: 0907
ו' באלול, תשפ"ד
09 בספטמבר 2024

לכבוד
עידו גפני ערב
הבריגדה היהודית 27 דירה 1
הרצליה 4630144
502-011-142


אדון נכבד,

הנדון: גמלה דמי פגיעה - פגיעה בעבודה מיום: 06/06/2024

אישרנו את תביעתך לתשלום דמי פגיעה בעבור 24 ימים לתקופה/ות האלה:

עד - 30/06/2024

מ - 07/06/2024

הגמלה חושבה לפי % 75 מהכנסתך ברבע השנה שקדמה לפגיעה בסך **14452 ₪** עד למקסימום.

ש"ח	2,890.00	סכום הגמלה
ש"ח	19.00	הפרשי הצמדה
ש"ח	-12.00	ניכוי דמי ביטוח
ש"ח	-90.00	ניכוי ביטוח בריאות
ש"ח	-1,746.00	ניכוי חוב בדמי ביטוח

ש"ח	1,061.00	יתרה לתשלום

התשלום יועבר ב- 13/09/2024 לחשבונך מס 515869

בבנק מזרחי טפחות בעמ - רח סוקולוב 14, הרצליה.

אם ברצונך לברר פרטים בקשר לנכוי ע"ח חוב בדמי ביטוח, עליך לפנות למחלקת הגביה בסניף בו שולמו דמי ביטוח.

אם לאחר הפגיעה שולמו לך הפרשי שכר ו/או תשלומים נוספים המתייחסים להכנסתך בתקופה רבע השנה, יש לשלוח אישורים המעידים על תשלום ההפרשים לסניף המטפל כדי לערוך חישוב מחדש, בתוך 12 חודשים ממועד תשלום ההפרשים.

אנחנו כאן לשירותך.

בכבוד רב,
פקיד תביעות
נפגעי עבודה

212878730-60-01
ב"ל-2008

BTL.GOV.IL



טל: 6050* או 1-222-6050
פקס: 09-7479868
שעות מענה:
ראשון עד חמישי 08:00 עד 17:00

סניף כפר סבא

ויצמן 39

כפר סבא 4435107

קבלת קהל: ראשון, שלישי, חמישי 8:30 עד 13:00



דף 1 מתוך 1

לכבוד

עידו גפני ערב

הבריגדה היהודית 27 דירה 1

הרצליה 4630144



502-011-142

תיק:

212878730-60-01

ו' באלול, תשפ"ד

09 בספטמבר 2024

מספר תיק: 21287873-0

תאריך פגיעה: 06/06/2024

אדון נכבד,

הנדון: אישור קבלת תביעה/פנייה

אנו מאשרים קבלת אישור מחלה עד ליום 07/07/2024.

אישור המחלה מיום 06/08/2024 הינו ללא אבחנה רפואית.

נא העבר אישור מחלה הכולל אבחנה רפואית וחתימת רופא קופת החולים.

עם קבלת המבוקש, התיק יועבר לבדיקת רופא המוסד לביטוח לאומי.

- קצבת נכות מהעבודה • באפשרותך להגיש תביעה לקצבת נכות מעבודה תוך 12 חודשים ממועד ההכרה בפגיעתך (09/09/2024), באמצעות אתר הביטוח לאומי או בסניף הקרוב לביתך.
- 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 הותירה נכות שעבודה תהיה זכאות לקצבה.
- אפשר לקבל ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא עלות במרכז "יד מכוונת", *2496 או באתר האינטרנט.

בכבוד רב

יוגב אתגר

פקידת תביעות

המוסד לביטוח לאומי



העתק:

ליאור עמליה עו"ד

BTL.GOV.IL

טל: *6050 או 1-222-6050

פקס: 09-7479868

שעות מענה:

ראשון עד חמישי 08:00 עד 17:00

סניף כפר סבא

ויצמן 39

כפר סבא 4435107

קבלת קהל: ראשון, שלישי, חמישי 8:30 עד 13:00





דף 1 מתוך 4

תיק:
212878730-60-01
ו' באלול, תשפ"ד
09 בספטמבר 2024

לכבוד
עידו גפני ערב
הבריגדה היהודית 27 דירה 1
הרצליה 4630144
502-011-142



מספר תיק: 21287873-0
תאריך פגיעה: 06/06/2024

אדון נכבד,

תביעתך לדמי פגיעה, תאונה מתאריך 06/06/2024

הננו מאשרים כי הכרנו בפגיעה מתאריך 06/06/2024 כתאונת עבודה.

הפגיומות שהוכרו כתוצאה מהתאונה:

חבלת אגן שמאל, חבלת ברך שמאל, חבלת שוק שמאל, חבלת שורש כף יד שמאל

על פי המידע שבידינו אתה חבר בקופת חולים שירותי בריאות כללית.

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

- קצבת נכות מהעבודה
- באפשרותך להגיש תביעה לקצבת נכות מעבודה תוך 12 חודשים ממועד ההכרה בפגיעתך (09/09/2024), באמצעות אתר הביטוח לאומי או בסניף הקרוב לביתך.
- 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
יגוב אתגר
פקידת תביעות
המוסד לביטוח לאומי



העתק:

BTL.GOV.IL



טל: *6050 או 1-222-6050
פקס: 09-7479868
שעות מענה:
ראשון עד חמישי 08:00 עד 17:00

סניף כפר סבא

ויצמן 39

כפר סבא 4435107

קבלת קהל: ראשון, שלישי, חמישי 8:30 עד 13:00





דף 3 מתוך 4

זכויות נפגע עבודה לקבלת טיפול רפואי

נפגע עבודה זכאי לכל טיפול רפואי שדרוש לו לצורך ריפוי, החלמה ושיקום רפואי בכל הקשור לפגיעה שהוכרה בביטוח הלאומי.

הטיפול הרפואי שאתה זכאי לו כולל: אשפוז (כולל אשפוז סיעודי או טיפול סיעודי בביתך), תרופות, בדיקות רפואיות, צילומים, ניתוחים, מכשירים אורתופדיים וכל אביזר רפואי שדרוש.

שים לב! נפגע עבודה זכאי לטיפול רפואי רק עבור הפגיעה שהוכרה בביטוח הלאומי.

קבלת טיפול רפואי בקופת החולים

קופת החולים שאתה חבר בה תעניק לך את הטיפול הרפואי, כולל טיפול שאינו כלול בסל הבריאות. הקופה מחויבת לתת לך שירותי רפואה לפי מיטב הידע המקצועי, השירותים והמכשור הקיימים במערכת הרפואה הציבורית בישראל, ובהתאם לצורך הרפואי.

המימון לטיפול הרפואי מוסדר בין הביטוח הלאומי לקופת החולים, ואין צורך לשלם על הטיפול.

הטיפול הרפואי שאתה זכאי לקבל מקופת החולים עבור פגיעתך שהוכרה, כולל:

- **תרופות** – אתה פטור מתשלום עבור תרופות, או זכאי להחזר כספי בהתאם למחירן של קופת החולים.
- **בדיקות רפואיות** – אתה פטור מתשלום עבור ביקורים אצל רופא, בדיקות, טפסי התחייבות צילומים וטיפולים במכונים, או זכאי להחזר כספי בהתאם למחירן של קופת החולים.
- **ציוד רפואי** – אתה פטור מתשלום עבור ציוד רפואי, או זכאי להחזר כספי בהתאם למחירן של קופת החולים.
- **החזר נסיעות** – אתה זכאי להחזר הוצאות נסיעה לצורך קבלת טיפול רפואי לפי התעריפים המקובלים בתחבורה הציבורית, ולאחר אישור של רופא הקופה. אם רופא הקופה קבע כי מצבך הבריאותי אינו מאפשר שימוש בתחבורה ציבורית, אתה זכאי להחזר עבור נסיעה באמצעי תחבורה אחרים כמו מונית או אמבולנס.
- **פינוי באמבולנס ביום הפגיעה** – אם ביום הפגיעה אמבולנס פינה אותך לצורך קבלת טיפול רפואי ראשוני, אתה זכאי לקבל החזר הוצאות עבור הפינוי מקופת החולים. כדי לקבל את הטיפול הרפואי, עליך לפנות לקופת החולים שאתה חבר בה, ולהציג את אישור ההכרה בפגיעתך ואת פרוטוקול הוועדה הרפואית, לפי בקשת הקופה. רופא קופת החולים הוא שקובע את היקף הטיפול הרפואי. באפשרותך לערער על החלטת רופא הקופה – את הערעור עליך להגיש בהתאם לסוג הטיפול:
- טיפול הכלול בסל הבריאות - עליך להגיש ערעור לנציבות קבילות הציבור במשרד הבריאות.
- טיפול שאינו כלול בסל הבריאות - עליך להגיש ערעור למחלקת נפגעי עבודה בסניף הביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.

קבלת טיפול רפואי באופן פרטי

אתה עשוי להיות זכאי לטיפול רפואי פרטי במקרים הבאים בלבד:

- **עזרה רפואית ראשונית דחופה** - כאשר אין באפשרותך לקבל את הטיפול במסגרת קופת החולים.
- **טיפול רפואי בהסכמת הקופה** - טיפול רפואי פרטי שהקופה הסכימה מראש ובכתב לממן אותו, על אף שלא בוצע אצלה.
- **טיפול שיניים** - תוכל לקבל מקופת החולים החזר הוצאות על טיפול שיניים. רצוי לתאם את טיפולי השיניים עם קופת החולים טרם ביצועם, כדי שתדע מראש אלו טיפולים הקופה תממן ומה סכום ההחזר. ההחזר משולם בתנאים הבאים:
 1. רופא קופת החולים קבע את טיפול השיניים בהתאם לפגיעה שהוכרה
 2. החזר ההוצאות יהיה לפי תעריף קופת החולים

אנו מאחלים לך בריאות והחלמה מהירה!

טל: 04-8812345 או *6050
פקס: 09-7479868
שעות מענה: א-ה 17:00-8:00
קבלת קהל: א,ג,ה 13:00-8:30

דמי פגיעה

www.btl.gov.il
המוסד לביטוח לאומי



סניף: כפר סבא
ויצמן 39
כפר סבא 4435107

תיק: 212878730-60-01

דף 1 מתוך 1

תיק: 212878730-60-01
ב' באלול, תשפ"ד
05 בספטמבר 2024

502-011-142



לכבוד
עידו גפני ערב
הבריגדה היהודית 27 דירה 1
הרצליה 4630144

שלום רב,

תזכורת

מכתב זה הוא תזכורת למכתבנו מיום 14/08/2024 המצורף בזאת.
אם לא נקבל מענה לפנייתנו בתוך 15 יום, נאלץ לדחות את תביעתך.

בכבוד רב,
קרט מאיה
פקיד תביעות
נפגעי עבודה

העתק:
ליאור עמליה עו"ד



דף 1 מתוך 1

לכבוד

עידו גפני ערב

הבריגדה היהודית 27 דירה 1

הרצליה 4630144



502-011-142

תיק:

212878730-60-01

י' באב, תשפ"ד

14 באוגוסט 2024

מספר תיק: 21287873-0

תאריך פגיעה: 06/06/2024

אדון נכבד,

הנדון: תביעה לתשלום דמי פגיעה

אנו מטפלים בתביעתך לתשלום דמי פגיעה.
המסמכים שצירפת אינם מאפשרים קבלת החלטה.
כדי שנוכל לקבל החלטה, יש צורך בנוסף במסמכים ובנתונים הבאים:

- מילוי וחתימת המסעיק (חתימה וחותמת העסק) על גבי עמודים 6,7 לטופס התביעה
 - טופס בל 250 חתום בחתימה וחותמת המעסיק
 - אישורי מחלה הכוללים אבחנה רפואית לכל תקופת ההיעדרות ממקום העבודה בגין אירוע הפגיעה
 - תלושי שכר מכל מקומות העבודה בהם עבדת/עובד לחודשים 03/2024, 04/2024, 06/2024
- נא להשלים את הפרטים החסרים, לצרף את המסמכים החסרים, ולהחזיר את הטופס בהקדם האפשרי על מנת שנוכל לטפל בתביעה.

לנוחותך, ניתן לשלוח את המסמכים באמצעות אתר הביטוח הלאומי.

בכבוד רב
יוגב אתגר
פקידת תביעות
המוסד לביטוח לאומי





דף 1 מתוך 1

לכבוד

עידו גפני ערב

הבריגדה היהודית 27 דירה 1

הרצליה 4630144



502-011-142

תיק:

212878730-60-01

י' באב, תשפ"ד

14 באוגוסט 2024

מספר תיק: 21287873-0

תאריך פגיעה: 06/06/2024

אדון נכבד,

הנדון: תביעה לתשלום דמי פגיעה

אנו מטפלים בתביעתך לתשלום דמי פגיעה.
המסמכים שצירפת אינם מאפשרים קבלת החלטה.
כדי שנוכל לקבל החלטה, יש צורך בנוסף במסמכים ובנתונים הבאים:

- מילוי וחתימת המסעיק (חתימה וחותמת העסק) על גבי עמודים 6,7 לטופס התביעה
 - טופס בל 250 חתום בחתימה וחותמת המעסיק
 - אישורי מחלה הכוללים אבחנה רפואית לכל תקופת ההיעדרות ממקום העבודה בגין אירוע הפגיעה
 - תלושי שכר מכל מקומות העבודה בהם עבדת/עובד לחודשים 03/2024, 04/2024, 06/2024
- נא להשלים את הפרטים החסרים, לצרף את המסמכים החסרים, ולהחזיר את הטופס בהקדם האפשרי על מנת שנוכל לטפל בתביעה.

לנוחותך, ניתן לשלוח את המסמכים באמצעות אתר הביטוח הלאומי.

בכבוד רב
יוגב אתגר
פקידת תביעות
המוסד לביטוח לאומי

