



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

נובמבר 18 2024
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 4/9/23
הנפגעת: נופר נרדע, ת"ז 313265225

1. מצ"ב עמ' 6-7 חתומים ע"י המעסיק.

2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשתי.

~~בכבוד רב ובב"ח,~~
~~אריאל פרייברג, עו"ד~~
פרייברג רסקין עורכי דין

בא ציין את מספר תעודת זהות 3139877

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

1

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק 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	מסרת 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? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

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

הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו: _____

הסיבה ליציאה המוקדמת: _____

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה		2			
שם המפעל / המעסיק מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי					
מספר ימי העבודה בשבוע: <u>5</u>	היקף המשורה ב-% <u>100</u>	תאריך תחילת עבודה:			
מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי					
☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____ ממתי 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	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	שם התשלום
חודש		יומי ☐			
חודש		חודשי ☐			
חודש		יומי ☐			
חודש		חודשי ☐			
חודש		יומי ☐			
☐ 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 לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____ דואר אלקטרוני: _____ @ _____ חתימת המעסיק _____ תאריך <u>17/11/25</u> שם ותפקיד החותם <u>ח' ח' ח' ח'</u> חתימה וחותמת _____					

ord-0104-240106-LTORFA 691018054_0_7232902_0703065132_00562765225_-1533304023_01070-7211_10.pdf

שדו כוחל רפ"ק
ק' אמ"ש ממת"א

3

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

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

☒ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: אין תשלום

☐ 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

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 אשרתי תשלום סכום

שרון כוהל רפ"ק
ג' אמ"ש ממת"א

תאריך 12/11/14 תפקיד החותם ק' גולד שם החותם שרון כוהל חתימה וחותמת

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ 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 בנוסח הישן)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

X חתימת המעסיק וחותמת

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)



דו"ח פציעה

(בהתבסס על פקודות המטה הארצי 08.01.09 ; 09.04.01)

תאריך 11/3/24 :

פרטים אישיים

שם פרטי:	נופר	שם משפחה:	נרדע
מספר אישי:	01904169	דרגה:	רס"ר
מס. ת.ז.:	313265225	גיל:	28
יחידת שרות:	יחידת משגרים משל"ט ת"א 10001355		
משרה:	72002417 מפעיל מוקד 100/רכבת קלה ת"א		
קבוצת עובדים:	עובד הארגון		
תת קב. עובדים:	שוטר		
כתובת מגורים:	הרב ריינס 4 רמלה ישראל		
טלפון נייד:	0544782802		

נתוני דיווח פציעה

תאריך פציעה:	04/09/2023
שעת פציעה:	15:45:00
סיבת פציעה:	תאונת דרכים

נסיבות הפציעה: בדרכי חזרה הביתה בניידת משטרתי בהיותי יושבת ליד כסא הנהג, רכב נכנס בנו מאחור בעוצמה.

אברי גוף שנפגעו

* במקרה של פגיעה בשיניים יש לצרף אישור מרופא שיניים על מהות הנזק עד 72 שעות משעת הפגיעה.

איברי גוף: גב, צוואר

עדים לארוע —

טלפון	כתובת	שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	עדים לארוע
0507310943		ח'לול	ריאד	205827330	מתנדב

אשפוז

חבר קופת חולים: מכבי

תאונת דרכים

חובה לצרף טופס כתב המחאת זכות לחתימה

הצהרות חובה

☒ ידוע לי כי אם ישולמו לי החוזרים כספיים בגין התצאות רפואיות הנובעות מפגיעה זו – אין בעצם התשלום

אסמכתא לכך שהפציעה היא פציעה בתפקיד. אני מתחייב להחזיר למשטרה

סכומים אלה, אם יוחלט כי פציעתי לא הייתה בתפקיד. כן מובא בזאת לידיעתי כי אישור קצין

נפגעים לכך שפציעתי הינה בתפקיד אינו מחייב את משרד הביטחון לעניין מצוי וזכויות

כמפורט בחוק המשטרה (נכים ונספים) התשמ"א 1981.

☒ הריני מתחייב בזאת כי במידה ואגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי, וימצא לנכון לקבל את תביעתי,

ולשלם לי פגיעה בגין ימי מחלה שנעדרתי עקב חבלה בעבודה/ מחלת מקצוע, עלי להעביר התשלום

למשטרה, מאחר ומדובר בתשלום יתר, שכן משטרת ישראל משלמת לי שכר מלא על אותם ימים. במידה ולא

אעביר את תשלום היתר כמתבקש לעיל—דוע לי כי יגבה הסכום על ידי החשבות, באמצעות ניכוי שכרי.

☒ בחתימתי זו, אני מאשר כי כל התנאים עליהם הצהרתי בבקשה זו הינם נכונים.

☒ הבנתי כי בשל הצהרה שאינה נכונה ומדויקת אני צפוי לטיפול משמעותי ואף לסיום העסקתי.



התייחסות המפקד - נסיבות פציעה

בדרך לעבודה/מעבודה

האירוע התרחש למיטב ידיעתי:

ממליץ לאשר את הדו"ח

המלצה:

פרטי המפקד

מלסאו חיים טקויה

שם פרטי ומשפחה:

01137611

מספר אישי:

תפקיד: סגן מפקד תחנה

דרגה: רב פקד

הערות:

התייחסות רווחה

פרטי קצין רווחה

שראל בן איאר

שם פרטי ומשפחה:

01912916

מספר אישי:

תפקיד: קצין נפגעים

דרגה: מפקח

מאושר

אישור/ממתין להשלמת מסמכים:

הערות ק' רווחה:

התייחסות מדור נפגעים – אישור/דחיית הפניה

פרטי קצין יחידת נפגעים

מורן אחדות

שם פרטי ומשפחה:

01905526

מספר אישי:

תפקיד: מש'ק אמ'ש

דרגה: רב סמל ראשון

החלטת מדור נפגעים: אישור

האירוע התרחש: בתפקיד

הערות חוליית נפגעים: