



אישור שליחת פקס

7 עמודים
19/11/2024 9:11

זיהוי מקבל
זיהוי שולח www.myfax.co.il

אל 03-6250222
מאת אריאל פרייברג

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין
אריאל פרייברג, עו"ד

טלפון: 03-7412358
טלוארי: 054-6544930
פקס: 077-3180983

מסמך זה מכיל מידע פנימי מסווג המיועד לשימוש/ים הבלעדי של המכתב/ים. אם אינך מכתב, אנא שים לב שכל הפצה, שימוש או העתקה של כל חלק ממכתב זה אסורים בהחלט. אם קיבלת מכתב זה בטעות, אנא הודיע לנו באמצעות האימייל או הטלפון ומחק אותו וכל עותק ממנו.

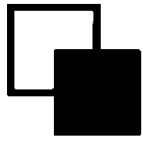
מ.ל.ב

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין
אריאל פרייברג, עו"ד

טלפון: 03-7412358
סלולארי: 054-6544930
פקס: 077-3180983

מסמך זה מכיל מידע פנימי מסווג המיועד לשימוש/ם הבלעדי של המכותב/ים. אם אינך מכותב, אנא שים לב שכל הפצה, שימוש או העתקה של כל חלק ממכתב זה אסורים בהחלט. אם קיבלת מכתב זה בטעות, אנא הודיע לנו באמצעות האימייל או הטלפון ומחק אותו וכל עותק ממנו.

מ.ל.ב



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.

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

המסמך המעסיק את מספר תעודת זהות (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - חוץ כדי עבודה

שעת הפגיעה: _____ מקום 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 מספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ז. _____

2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד הנוגע במפעל	מסרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		

תמונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

פגיעה בדרך לעבודה: ☐ פגיעה בדרך היציאה: ☐ איזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמורת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____

פגיעה בדרך הביתה: ☒ איזו 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

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

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

היקף המשרה ב-%: 100% מספר ימי העבודה בשבוע: 5

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, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כלל 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	
		יומי	חודשי		למקרה	שם התשלום
חודש		☐	☐			
חודש		☐	☐			
חודש		☐	☐			
חודש		☐	☐			

העובד לא שב עדיין לעבודה. ☐ העובד לא 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 השיחות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר: _____

שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא שם איש קשר לבירור פרטי שכר: _____ מספר טלפון: _____

דואר אלקטרוני: _____ חתימת המעסיק: _____ תאריך: 14/12/25 שם ותפקיד החותם: _____ חתימה וחותמת: _____

3

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

☒ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 14 ימי מחלה

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

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

(שם הקרן) _____

4

אם 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 17/11/24 תפקיד החותם ד"ר גל שם החותם גל רגל חתימה וחותמת _____

שם החותם ד"ר גל חתימה וחותמת _____

שם החותם ד"ר גל חתימה וחותמת _____

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 בנוסח הישן)

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת X _____

(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"ס 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 בית:	0544782802		

נתוני דיווח פציעה

תאריך פציעה:	04/09/2023
שעת פציעה:	15:45:00
סיבת פציעה:	תאונה ודכים

נסיבות הפציעה: בדרכי חזרה הביתה בניידת משטרתי בהיתי יושבת ליד כסא הנהג, רכב נכנס בגו 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 —

עדים לארוע	מס' ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה	כחובת	סלמון
מתנדב	205827330	ראנד	ח'לול		0507310943

אשפוז

תבר קופת חולים: מכבי

תאונת דרכים

חובה לצרף שופס כתב המחאה זכות לחתימה

הצהרות חובה

☒ ידוע לי כי אם ישולמו לי החזרים כספיים בגין הוצאות רפואיות הנובעות מפציעה זו – אין בעצם החשלוֹם

אסמכתא לכך שהפציעה היא פציעה בתפקיד. אני מתחייב להחזיר למשטרה

סכומים אלה, אם יוחלס כי פציעתי לא הייתה בתפקיד, כן מוכח בזאת לידעתי כי אישור קצין

נפיקים לכך שפציעתי הינה בתפקיד אינו מחייב את משרד הביטחון לעניין מיצוי זכויות

כמפורט בחוק המשסרה (נכים וחסמים) התשמ"א 1981.

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

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

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

אעביר את חשלוס היתר כמתבקש לעיל – ידוע לי כי יגבה הסכום על ידי החשבות, באמצעות ניכוי שכר.

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

☒ הבנתי כי בשל הצהרה שאינה נכונה ומדויקת אני צפוי לסיפול 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 סקוויה

שם פרטי ומשפחה:

01137611

מספר אישי:

תפקיד: סגן מפקד תחנה

דרגה: רב פקד

הערות:

התייחסות רווחה

פרטי קצין רווחה

שוראל בן איזר

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 תולית נפגעים: