

עמוד 1 מתוך 10

18/2/19

032372849 ותאריך הפגיעה

נא ציין את מספר תעודת זהות

לשימוש פנימי		חותמת קבלה המוסד לביטוח לאומי סניף טברסקריקה 26-02-2019	
מס' זהות / דרכון סוג דפים	מס' זהות / דרכון סוג דפים	המוסד לביטוח לאומי מינהל הגמלאות פגיעה בעבודה	תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

☐ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט	☐ מתנדב ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי	☐ עצמאי ☐ הכשרה מקצועית
---	---	--

שם פרטי שם משפחה		שם פרטי שם משפחה
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לשבד זר) 032372849		מספר אישי בצה"ל 5188158
תאריך עלייה שנה חודש יום	תאריך לידה שנה חודש יום	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לשבד זר) 032372849
מצב משפחתי: ☐ רווק/ה ☐ אלמ/ה ☐ פרווזה/ה ☒ נשוי/אה ☐ גרושה/ה ☐ ידועה/ה בציבור		
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) רחוב / תא דואר מס' בית כניסה דירה יישוב מיקוד		
טלפון קווי טלפון נייד דואר אלקטרוני SMS אני מאשר קבלת הודעות		

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה) רחוב / תא דואר מס' בית כניסה דירה יישוב מיקוד	
--	--

פרטי מקום העבודה - אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 2א שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית	
שם מעסיק/ מפעל תפקיד התובע במקום העבודה טלפון קווי טלפון נייד	רחוב / תא דואר מספר בית יישוב מיקוד מח' פה"מ
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 סוג העיסוק טלפון קווי טלפון נייד	
רחוב / תא דואר מספר בית יישוב מיקוד טלפון קווי טלפון נייד	



61211

בז 211 (09.2018)

עמוד 2 מתוך 10

18/2/19

032372849 ותאריך הפגיעה

נא ציין את מספר תעודת זהות

2א

פרטי מקום העבודה - כוחות הביטחון

מקום השירות		צה"ל ☐	
שב"ס ☐		משמר הכנסת ☐	
משטרה ☐		משא"ז ☐	
מספר בית ☐		אחר ☐	
רחוב / תא דואר ☐		מיקוד ☐	
תאריך כניסה לשירות קבע		תאריך סיום שירות קבע	

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

כן ☐ לא ☐

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה
18/02/2019	ש	15:30		

היכן אירעה הפגיעה?

במהלך העבודה ☐ במפעל/בעסק ☐ בדרך לעבודה ☐

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

מחוץ למפעל ☒ בדרך לבית ☐

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

תאונה בבניין ☐

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון מספ), נא פרט

האם נכחו עדים בתאונה? לא ☒ כן ☐ פרט:

שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה ☒ מכר ☐
350		052-4803064	אחר ☐
שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה ☐ מכר ☐
			אחר ☐

האם מדובר בתאונת דרכים? לא ☒ כן ☐ אם כן, נא למלא חלק 6 בעמוד 4

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד
18/02/2019	גל ארלי	מנהל

נא ציין את מספר תעודת זהות 032372849 ותאריך הפגיעה 18/2/19 עמוד 3 מתוך 10

פרטי הטיפול הרפואי (יש לציין אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)			
האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)	
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה		שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז
שנה	חודש	יום	שעה
קופת חולים שבה אתה חבר		האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☐ לא ☐ כן	
☒ כללית ☐ לאומית ☐ מכבי ☐ מאוחדת ☐ אחר		פרט	
פרטי הרופאים המטפלים			
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
		שבה טופלתי או אני מטופל	

סיוע בהגשת התביעה	
האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן	
הגוף המסייע: ☐ ע"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים	
שם הגוף המייצג או המסייע:	

פרטים על תאונת ההכנס		
1	האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? ☐ לא ☐ כן (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)	מספר התיק במשטרה טיפלה בתאונה תחנת משטרה ב-
2	האם נפגעת בהיותך: ☐ הולך רגל ☐ טסע ברכב ☐ נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)	
3	סוג הרכב המעורב בתאונה: ☐ פרטי ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע ☐ מונית ☐ אחר, פרט _____ *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב	מספר רישוי
4	הרכב בבעלות: ☐ פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ לסינג (יש לצרף עותק ההסכם) ☐ רכב ציבורי ☐ אחר _____	
במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה _____ ומספר הקו _____		
5	פרטי הנהג שם ומשפחה _____ מספר זהות / דרכון ס"ב _____	
6	שם ומשפחה _____ מספר זהות / דרכון ס"ב _____	
	שם ומשפחה _____ מספר זהות / דרכון ס"ב _____	
	שם ומשפחה _____ מספר זהות / דרכון ס"ב _____	
6	האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח	שם חברת הביטוח מס' פוליסה
7	האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג? תביעה נגד _____ שם העו"ד המטפל _____ כתובתו _____ טלפון _____ פקס _____ דואר אלקטרוני _____ התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי ☐ בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____	

נא ציין את מספר תעודת זהות 032372849 ותאריך הפגיעה 18/2/19 עמוד 5 מתוך 10

פרטים על תאונה בנזיקין

7

סוג התאונה בנזיקין ☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות ☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר ☐ 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

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

פרטים העוסקים

8

לפני הפגיעה

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

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת ☐ * נא לצרף אישורים מתאימים

☐ קיבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילאים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה

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

לאחר הפגיעה

☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
עד שעה			עד תאריך		
משעה			עד שעה		
משעה			עד שעה		
משעה			עד שעה		

☐ שהיתי 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

18/2/19

032372849 ותאריך הפגיעה

9

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קצב משפחה לבעל שליטה או לבעל מנהל 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 *

10

פרטי חשבון הבנק שלי

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
מזכ"ל	מזכ"ל	246	16663

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי
אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד
לחשבון 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 ממחושבת, 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.

תאריך חתימת מקבל התשלום * חתמ

11

פטור ממס הכנסה יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ע"י הפגיעה

☐ עיוול נכה 100% ☐ פטור חלקי *

הצהרת התובע/מגיש התביעה

12

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידועין 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך		חתימת התובע x	
פרטי מגיש התביעה שאינם הנפגע			
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	☐ אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט ☐ דואר אלקטרוני: @	
מאשר קבלת הודעות SMS		☐ כן ☐ לא	
אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: ייפוי כח, צו אפוסטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.			
אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:			
שם העד לחתימה		מספר זהות ס"ב	

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

פרטים על פגיעה מחוץ למפעל 13

☒ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה
 מקום הפגיעה: סניף איילת הים שעת הפגיעה: 15:30

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: תחנת איילת

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☒ כן 1. שם אילן ת.ז. 311555262
 2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד הנפגע במפעל	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	תפקידו
<u>תחנת איילת</u>	<u>הסבר רכישת כרטיס</u>	<u>אילן</u>	<u>מכירת כרטיס</u>
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		

☐ 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, הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה 14

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

כ"ל ארשי תשתיות מים וביוב בע"מ _____

תאריך תחילת עבודה: 05/10/2018 מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

היקף המשרה ב-%: 100% מספר ימי העבודה בשבוע: 6

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____
 מתי 30.12.18 עד מתי 2.1.19 נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבר 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

חודש, 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	
		יומי	חודשי		לתיקופה	סכום
חודש 01/2019	27	☒	☐	9,186		
חודש 12/2018	26	☒	☐	8,021		
חודש 11/2018	26	☒	☐	9,260		
חודש 10/2018	22	☒	☐	7,062		

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☒ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☒ כן ☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____

סיבת הפסקת העבודה: שקטל

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר שקטל

נא ציין את מספר תעודת זהות 032372849 ותאריך הפגיעה 18/02/2019 עמוד 8 מתוך 9

15 פרטים על תשלום דמי מחלה על ידי המעסיק/הקן/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: 3 ימים

☒ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה ☐ אחר

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקן לדמי מחלה (שם הקן) _____

16 הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל: נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה.

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

תאריך: 21/02/2019 תפקיד החותם: גיל אריש שם החותם: גיל אריש חתימה וחתימת * גיל אריש

גיל אריש תשתיות
מיס וביוט בע"מ
514471382-9

17 פרטים משלימים למעסיק/המורה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושלמנו 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 וחתימת * _____

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)