



לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמיצוי זכויות,
יש לסרוק את הברקוד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

מסמכים שחובה לצרף לטופס זה

- ☞ תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואית כתוצאה מהפגיעה.
- ☞ **עצמאי** – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, עליך לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (כמו: חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה)
- ☞ **עובד זר** – חובה לצרף צילום דרכון; **תושב שטחים** חובה לצרף צילום תעודת זהויה והיתר העסקה משירות התעסוקה.
- ☞ **מתנדב** – עליך לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- ☞ **בתאונת דרכים** יש לצרף אישור מהמשטרה, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.
- ☞ במידה והתביעה מוגשת ע"י **אפוסטרופוס** – יש לצרף צו אפוסטרופוס.
- ☞ **קורונה** – יש לצרף הפניה לבדיקה ותוצאות בדיקת קורונה ראשונה, אישור מהמעסיק על סבירות גבוהה להדבקה במקום העבודה ופרטי ממונה הקורונה במקום העבודה.

לידיעתך

- ☞ עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- ☞ תביעה שלא נחתמה ע"י התובע (בסעיפים 11 במקום המסומן ב-X), תוחזר בדואר ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- ☞ בתביעה של עובד שכיר על המעסיק למלא את סעיפים 1 – 5 בעמודים 6-7 ולחתום במקומות המסומנים ב-X.
- ☞ **משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, (למעט תביעה למחלות מקצוע).**
- ☞ **לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il**
- ☞ אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו ולצרף את המסמכים הנדרשים.
- ☞ **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ☞ לשאלות וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 8

5 1 5 9 0 6 7 7

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

פרטי התובע

שם משפחה שם פרטי מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)

5 1 5 9 0 6 7 7

סיגל ארז

טלפון קווי טלפון נייד דואר אלקטרוני: sigal.e77@gmail.com
 0 5 2 3 3 3 1 7 2 7 0 5 2 3 3 3 1 7 2 7

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר שם פרטי איש קשר מס' זהות איש קשר
 5 1 5 9 0 6 7 7

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.

לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

רחוב / תא דואר מס' בית כניסה דירה יישוב מיקוד
 30 30 606

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אלא מלא סעיף 2א'

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל תקשובים מרכז תקשורת עסקי בע"מ
 תפקיד התובע במקום העבודה נציג
 רחוב / תא דואר מס' בית כניסה דירה יישוב מיקוד
 המלאכה 14, נתניה

טלפון קווי טלפון נייד מספר פקס
 0 9 - 8 6 3 3 3 3 3

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 אמור/ה לבצע)

שם העסק סוג העיסוק

רחוב / תא דואר מס' בית כניסה דירה יישוב מיקוד
 טלפון קווי טלפון נייד טלפון פקס



פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

2א'

מקום השירות:

☐ שב"ס

☐ משמר הכנסת

☐ צה"ל

☐ אחר

☐ משטרה

☐ משא"ז

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

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

פרטי הפגיעה

3

תאריך הפגיעה היום בשבוע שעת הפגיעה תאריך הפסקת עבודה שעת הפסקת עבודה

18/08/2024 כ"ב 18:00 19/8/2024

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☒ בדרך לביתך

(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 מסף), נא פרט

פגיעה חמורה, אובדן תודעה, פגיעה בבריאות, פגיעה ברכוש, פגיעה בכושר עבודה, פגיעה בכושר לימודי

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☒ כן, פרט:

☐ חבר לעבודה

מספר טלפון

כתובת

☐ מכר

☐ אחר

☐ חבר לעבודה

מספר טלפון

כתובת

☐ מכר

☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה שם מקבל ההודעה תפקיד טלפון

19/08/2024 י"ב 2009669-050

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

מי טיפל לראשונה בפגיעה?
(שם הרופא/שירות רפואי)

מהות החבלה
(לדוגמא: שבר, פצע, חתך)

האיבר שנפגע

שם בית החולים / מחלקה

תקופת אשפוז

תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה

שנה	חודש	יום	שעה

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום?

☐ לא ☐ כן, פרט _____

פרטי הרופאים המטפלים

טלפון המרפאה

כתובת המרפאה
שבה טופלתי או אני מטופל

תחום המומחיות

שם הרופא

5

סיוע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן

הגוף המסייע: ☒ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ אחר _____

שם הגוף המייצג או המסייע: _____

6

פרטים על תאונה

סוג התאונה

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

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 _____



פירוט העיסוקים

7

לפני הפגיעה

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

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים

☐ 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	עד תאריך	מתאריך								
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
18	08	2024	18	08	2024	18	08	2024	18	08	2024
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך	עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך	עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך * טרם חזרתי לעבודה ☒ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח יד או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה 7.45 עד שעה 17.00 * עבודה במשמרות ☐

8

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבוצעת בפועל) מנהל צוות

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) התח. 9 בני ברק

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) משלח יד 35 שעות שבועיות

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים
תאריך 9/10/2024 שם פרטי ומשפחה סמא אהא חתימה * סמא אהא



9

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:
שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
20 - מזרחי טפחות	421 - גן העיר		363556

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: ☐ אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי

10

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11

הצהרת התובע/מגיש התביעה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי 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 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.
ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.
במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך 31/10/2024 חתימת התובע * סגל
פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי שם משפחה מספר זהות קרבה לתובע

0151590677

סגל

סגל

טלפון נייד

טלפון קווי

סגל.אליקטוני:
SIGAL.E@ gmail.com

0152 3331727

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: ייפוי כח, צו אפטרופסות, פסק דין או ויתור 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

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה
 מקום הפגיעה: בדרך חזר הביתה מהעבודה
 שעת הפגיעה: 19:00
 המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: לחי 9 בני ברק
 האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☒ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב: מוקד טלפוני צמפיון
 האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☒ כן 1. שם ת.ז.
 2. שם ת.ז.

תפקיד הנפגע במפעל **מטרת יציאתו מחוץ למפעל** **שם העובד שנתן לתובע את** **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? 17:30 האם סיים בשעה הקבועה? ☒ כן ☐ לא,
 הסיבה ליציאה המוקדמת: הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו לחי 9 בני ברק

2

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק **מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי**
 תקשובים מרכז תקשורת עסקי בע"מ
 תאריך תחילת עבודה: מעמד העובד: קבוע ☐ ארעי ☒ יומי ☐ חודשי
 היקף המשרה ב-%: מספר ימי העבודה בשבוע: 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	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	שם התשלום לתקופה
חודש 08/24	14	☐ יומי ☒ חודשי	3991		
חודש 07/24	21	☐ יומי ☒ חודשי	5997		
חודש 06/24	19	☐ יומי ☒ חודשי	5884		
חודש 05/24	23	☐ יומי ☒ חודשי	6079		

☐ העובד שב לעבודה בתאריך 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
☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: סיבת הפסקת העבודה
ה-רגל
 שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר ה-רגל
 שוגר טופס 100: ☒ כן ☐ לא

שם איש קשר לבירור פרטי שכר בתאל מספר טלפון: 098633431
 חתימת המעסיק תאריך 31/10/2024 שם ותפקיד החותם חתימה וחומת

תקשובים מרכז תקשורת עסקי

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: _____

☐ 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 _____

תאריך 31/10/2024 תפקיד החותם _____ שם החותם _____ רונית גלעדי חתימה וחותמת * מקשובים מרכז תקשורת עסקי ב

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:

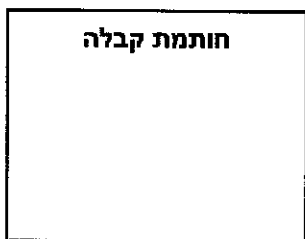
☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת *

(בדרש רק במקרים של פרטים משלימים)





חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה
18/08/2024
שנה חודש יום

מספר זהות/דרכון

קוד גמלה

5 1 5 9 0 6 7 7

60

שם פרטי

שם משפחה

סיגל

ארי

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____

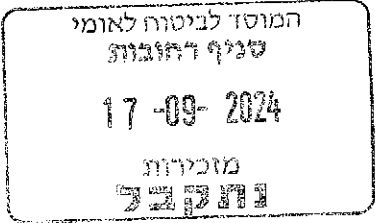
הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטתי 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 ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך 31/10/2024 חתימת המבוטח * סגל ארי





נרשם במל"מ
נפסק



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה

עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה
15 09 2024
שנה חודש יום

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.

1 פרטי המעסיק
שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד
תקשובים מרכז תקשורת עסקי בע"מ
מספר תיק ניכויים
9 2 1 2 5 4 9 5 9
טלפון קווי
0 9 - 8 6 3 3 3 3 3
טלפון פקס
רחוב / תא דואר
מס' בית
המלאכה 14, נתניה
מיקוד
יישוב

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

2 פרטי התובט
שם משפחה
אור
שם פרטי
סיגל
מין
זכר ☐
נקבה ☒
מספר זהות / דרכון
ס"ב
5 1 5 9 0 6 7 7

3 פרטי התאונה
נפגע בתאריך
18 08 2024
שנה חודש יום
בשעה
17:00
כאשר עבד ב- / ציגה / ליהל
סוג העבודה
מקום התאונה: ☐ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר _____
כתובת מקום התאונה
תיאור התאונה
האיבר שנפגע

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 _____
תאריך 08/09/2024
שם החותם _____
תפקיד החותם _____
חתימה וחותמת * _____
תקשובים מרכז ת

מסמך זה הופק באמצעות מערכת "הר-גל"
פירוט נוסף, משאבי אנוש ונוכחות



טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד