



תיק: 318047453-60-03

1 מתוך 3

לכבוד

גלוריה רוקח

הרא"ה 143 דירה 9

רמת גן 5237542

563-009-088

תיק: 318047453-60-03

ד' באב, תשפ"א

13 ביולי 2021



מספר תיק: 31804745-3

תאריך פגיעה: 17/02/2021

גברת נכבדה,

תביעתך לדמי פגיעה, תאונה מתאריך 17/02/2021

הננו מאשרים כי הכרנו בפגיעה מתאריך 17/02/2021 כתאונת עבודה.

הפגיונות שהוכרו כתוצאה מהתאונה:

חתך בקרקפת ושוק/קרסול רגל שמאל

על פי המידע שבידינו את חברה בקופת חולים לאומית.

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

- קצבת נכות באפשרותך להגיש תביעה לקצבת נכות מעבודה תוך 12 חודשים ממועד ההכרה בפגיעתך (13/07/2021), באמצעות אתר הביטוח לאומי או בסניף הקרוב לביתך.
- מעבודה 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,
שיינר ליאת
פקיד תביעות
נפגעי עבודה

העתק:
עו"ד פרייברג אריאל



תיק: 318047453-60-03

מנה: 0809

דף 1 מתוך 1

לכבוד

גלוריה רוקח

מנחם 5

בני ברק 5140305



542-029-078

תיק: 318047453-60-03

ו' באלול, תשפ"א

14 באוגוסט 2021

גברת נכבדה,

הנדון: גמלה דמי פגיעה - פגיעה בעבודה מיום: 2/17/2021

אישרנו את תביעתך לתשלום דמי פגיעה בעבור 38 ימים לתקופה/ות האלה:

מ - 18/02/2021 עד 27/03/2021

הגמלה חושבה לפי 75 % מהכנסתך ברבע השנה שקדמה לפגיעה בסך 18040 ש"ח עד למכסימום.

ש"ח	5,713.00	סכום הגמלה
ש"ח	84.00	הפרשי הצמדה
ש"ח	-23.00	ניכוי דמי ביטוח
ש"ח	-177.00	ניכוי ביטוח בריאות

ש"ח	5,597.00	יתרה לתשלום

התשלום יועבר ב- 18/08/2021 לחשבונך מס 1427939 בבנק לאומי לישראל בעמ - רח גולדה מאיר 1, ראשון לציון.

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

27th May



המוסד לביטוח לאומי
ביטוח נפגע עבודה

הַיָּמִין הַשְּׂמֹאלִי

תאריך מלח האישור

טופס למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה (בל/250)
 מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההשכר ששמעבר לדף לפני מתן הטופס לעובד.

שם המעסיק / שם המפעל / הקיבוץ / המעביד		מספר תיק במסד		מספר טלפון	
S. א"ס ארז נצ"א		9 3 5 6 9 8 2 6 0 0 0		0 3 5 1 6 4 9 4 9	
רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד	מספר פקס	
רחוב קריית	2	נצרת	6800204	0 3 5 1 6 4 1 4 3	

१५३५

קופת חולים / בית חולים WV/ICF

נא להגיש עזרה רפואית לעובד / למתנדב (נא מחק את המיותר):

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות	זר	דרכון
כ/מ	דן עמר	זר	31/8041453	נקה	

מספר בית	כניסה	דירה	יחידה	מיקוד
143	9			78-10

מספר טלפון	מספר נייד	מס' וא דואר	דואר נע
0544822099	0		

שנת 17.2.21 בעמ' 915 כאשר עוב' כבוד מוסר סג' העבודה

מקום התאונה: ☐ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר ☐

כתובת מקום התמונה: הכרמל - כפר-א-בוס וכו'.

תאריך הדיון: _____ לאחר ישיבה מנהלית אולם עדיין נתקף סתם וספק

(১) এই আইন প্রণয়নের উদ্দেশ্য হলো

האבר שנפגע רצח"ס ארנאס

הנפגע חבר בקופת חולים _____ מילוי

שם קופת חולים

ג. הינס, משרד עורכי דין

עצבן זך ☐

~~חתימה וחתימת המפעל~~

תפקידו במפעל

កម្មសិល្បៈ ៨២

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

חובה 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, יש לצרף אישור מהגורם עבור ביצעת את העבודה (חשובנית 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.
- ☞ מתנדבים – יש לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- ☞ בתאונת דרכים יש לצרף אישור משטרה, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.

לדעתך

- ☞ על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- ☞ אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.
- ☞ עליך להעביר למוסד לביטוח לאומי את כל התעודות הרפואיות המצויות ברשותך **לפני** שתוזמן לוועדה רפואית.
- ☞ **משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, ממועד קבלתה ועד לקבלת החלטה (למעט מחלות מקצוע).** לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il
- ☞ **באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת.** לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו.
- ☞ עליך לצרף אישורים נוספים על פי המדרש בטופס התביעה.
- ☞ **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
- ☞ אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה בחברה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8.
- ☞ תביעה שלא חתם עליה התובע (בסעיף 12 במקום המסומן ב-X) תוחזר בדואר, ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- ☞ עליך לחתום על כל הספחים של ויתור סודיות רפואית.
- ☞ בתביעה של עובד שכיר **על המעסיק** למלא את סעיפים 13 עד 16 ולחתום בסעיף 16.
- ☞ תביעות של עובדים, אשר מעסיקיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 (מעסיק שקיבל הרשאה מהמוסד לתשלום דמי פגיעה ישירות לעובד), יוגשו ע"י המעסיקים.
- ☞ במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צ' אפוטרופוסות.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה ממסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך									
דפים									

תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט		☒ שכיר ☐ עצמאי ☐ מתנדב	
☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי			
שם משפחה		שם פרטי	
רוקח		גלוריה	
מספר אישי בצה"ל		תאריך לידה	
		1 4 0 4 1 9 7 9	
שנה		חודש	
יום		יום	
שנה		חודש	
יום		יום	
מצב משפחתי:		☐ רווקה ☐ אלמנה ☐ פחדה ☐ נשואה ☒ גרושה ☐ ידועה/בציבור	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)			
רחוב / תא דואר		מס' בית	
הרא"ה		143	
טלפון קווי		טלפון נייד	
		4	
אם הטלפון היידי או הדואר האלקטרוני אינם שלך - נא השלם את הפרטים הבאים:		מס' זהות / דרכון 0 5 4 5 8 2 2 0 9 9	
שם משפחה איש קשר		שם פרטי איש קשר	
מס' זהות איש קשר		מס' זהות איש קשר	
ס"ב		ס"ב	
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט - SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לדיעתי, אם לא סימנתי "אני מסרב", הודעות במושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)			
רחוב / תא דואר		מס' בית	
דירה		כניסה	
יישוב		מיקוד	

2

שכר/מחיר/הכשרה מהאגדה

שם מעסיק/ מפעל		תפקיד התובע במקום העבודה		טלפון קווי
ד.וייס משרד עורכי דין				0 3 5 1 6 4 9 4 9
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד	טלפון נייד
קויפמן	2	תל אביב	68012	03 5 1 6 4 1 4 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 אמורה לבצע)				
שם העסק		סוג העיסוק		טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד	טלפון נייד

2א

פרטי מקום העבודה - כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי	
☐ צה"ל	☐ משמר הכנסת		
☐ שב"ס	☐ משא"ז	טלפון נייד	
☐ משטרה	☐ אחר		
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	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

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה
				17/02/2021
היכן אירעה הפגיעה? ☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐ מחוץ למפעל ☐ תאונה בבניין במסלול בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר				

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט: הלכתי לעבודה ונפצעתי
 וידיעה: מחלקת/מסלול נפצעתי במסלול הפגיעה הפגיעה

האם נכחו עדים בתאונה? ☒ לא ☐ כן, פרט:

שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה	מכר
			☐ חבר לעבודה ☐ מכר	☐ מכר
			☐ אחר ☐ מכר	☐ מכר
			☐ אחר ☐ מכר	☐ מכר

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

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון
17/02/2021	כרמל חלד	איו"ר	050 2227769

4

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמה: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שיחת רפואי)
רגל	כרמל חלד	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שיחת רפואי)
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
17/02/2021	כרמל חלד	שם בית החולים / מחלקה
קופת חולים שבה אתה חבר	האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☒ לא ☐ כן, פרט:	פרטי הרופאים המטפלים
כללית ☒ לאומית ☐ מכבי ☐ מאוחדת ☐ אחר ☐		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה
ד"ר דליה לוינסון	מחלקת אורולוגיה	שם הרופא
שם הרופא	תחום המומחיות	טלפון המרפאה
ד"ר דליה לוינסון	מחלקת אורולוגיה	טלפון המרפאה

5

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן,

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

שם הגוף המייצג או המסייע: _____

6

מספר התיק במשטרה	טיפול בתאונה תחנת משטרה ב- _____	1 האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? ☒ לא ☐ כן, (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)
מספר רישוי	2 האם נפגעת בהיותך: ☒ הולך רגל ☐ נוסע ברכב ☐ נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח) ☐ פרטי ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע ☐ מונית ☐ אחר, פרט _____ *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב	3 סוג הרכב המעורב בתאונה:
מספר רישוי	☐ פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם) ☐ רכב ציבורי ☐ אחר _____	4 הרכב בבעלות:
מספר זהות / דרכון ס"ב _____	במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה _____ ומספר הקו _____	5 פרטי הנהג שם ומשפחה _____
מספר זהות / דרכון ס"ב _____	שם ומשפחה _____	שם ומשפחה _____
מספר זהות / דרכון ס"ב _____	שם ומשפחה _____	שם ומשפחה _____
מס' פוליסה	שם חברת הביטוח	6 האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? ☒ לא ☐ כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח
מס' תיק אזרחי	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 _____

7

פירוט הפגיעה

סוג התאונה בניזקין

☐ 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 _____

8

פירוט הפגיעה

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, מילואים, 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

מתאריך			עד תאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום

☐ שהיתי בעסק/בעבודתי

מתאריך			עד תאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____

☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה 7:00 עד שעה: 18:00

☐ עבודה במשמרות

9

הצהרה לסילוק ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות 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 חשבו הבנק של החבון

כל תשלום שגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבוני שמרתי ראשים מטה:

שמות בעלי החשבון

רוקח גלוריה

שם הבנק	שם הסניף / כתובת	מס' סניף	מספר חשבון
בנק לאומי בע"מ	שער ראשון: גולדה מאיר 1	944	01427939

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 *

11

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

הצהרת התובע/תובעת בתביעה

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, דים 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.

ידוע לי כי אם יחול שינויים בפרטי ההתקשורת, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעדכן פרטי ההתקשורת, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

חתימת התובע *

תאריך

פרטי מגיש התביעה שאים הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	
		@	

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: י"פוי כח, צו אפטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה	מספר זהות ס"ב

9

החברה לחלופין: כניס שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות 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 של החברה

כל תשלום שגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבון הפרטי שרשומים מטה:
שמות בעלי החשבון

רוקח גלוריה

שם הבנק

שם הסניף / כתובתו

מספר חשבון

מס' סניף

שער ראשון: גולדה מאיר 1

01427939 944

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 ו/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 11/3/21 חתימת מקבל התשלום * Kadish

11

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

13

הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה

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

14

פרטי שכיר ב-4 המעסיקים שקדמו להפסקת העבודה

מספר תיק ניכויים במסד לביטוח לאומי

שם המפעל / המעסיק

ז.וייס משרד עורכי דין

9 | 3 | 5 | 6 | 5 | 8 | 2 | 6 | 0 | 0 | 0

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☒ יומי ☐ חודשי היקף המשכרה ב- % _____ מספר ימי העבודה בשבוע: 5 95

☐ 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

חודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא	שכר בחטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	שם התשלום
חודש 01/2021	21	☐ יומי ☐ חודשי	6,198		
חודש 12/2020	23	☐ יומי ☐ חודשי	5,927		
חודש 11/2020	22	☐ יומי ☐ חודשי	5,915		
חודש 10/2020	21	☐ יומי ☐ חודשי	6,231		

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____
☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט fed
☒ 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 מפיץ תלושי שכר _____
חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____

15 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)

16 הירבה 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 17/02/2021 תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת * _____

17 פרטים מערערים 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)

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת *

(נדרש 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

שנה	חודש	יום

מספר זהות/דרכון

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

קוד גמלה

60

שם פרטי

שם משפחה

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי 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 אודותיי.

חתימת המבוטח *

תאריך

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב

11.4.21

לה סוף

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
רחוב החשמונאים 15
רמת גן
באמצעות פקס: 03-6720103

א.ג.נ.

הנדון: גלוריה רוקח, ת.ז. 318047453

תאונה מיום 17.2.21

1. מצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים ותלושי שכר.

2. לטיפולכם המסור בתביעת מרשתי אחיה.

*מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשתי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

כתובת חזרה

הוא 143 יתר על

דירה 9

תאונה

שיחות

כל דם

קלי. בל.ב.

אילן רזיקור
מס.ק.מ

טאם לם אורח
הוא המורה

עמוד 1 מתוך 10

17/02/2021

נא ציין את מספר תעודת זהות 3 1 8 0 4 7 4 5 3 ותאריך הפגיעה

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
☒ שכיר
☐ עצמאי
☐ מתנדב
☐ הכשרה מקצועית
☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי

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

3 1 8 0 4 7 4 5 3

תאריך עלייה

שנה חודש יום

1 4 0 4 1 9 7 9

תאריך לידה

שנה חודש יום

☐ מצב משפחתי: ☐ רווקה ☐ אלמנה ☐ פחדלה ☐ נשואה ☒ גרושה ☐ ידועה בציבור

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

מיקוד
5237542

יישוב

רמת גן

דירה

כניסה

מס' בית

143

רחוב / תא דואר

הרא"ה

חזר אלקטרוני

טלפון נייד

gloria.kaderjak@gmail.com

0 5 4 5 8 2 2 0 9 9

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

מס' זהות איש קשר

שם פרטי איש קשר

שם משפחה איש קשר

מס' זהות איש קשר

☐ 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 מהכתובת הרשומה למעלה)

מיקוד

יישוב

דירה

כניסה

מס' בית

רחוב / תא דואר

2

שכר/מתגדל/הכשרה מהצדית

שם מעסיק/ מפעל		תפקיד התובע במקום העבודה		טלפון קווי
ד.וייס משרד עורכי דין				0 3 5 1 6 4 9 4 9
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד	טלפון נייד
קויפמן	2	תל אביב	68012	03 5 1 6 4 9 4 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 אמורה לבצע)

שם העסק	סוג העיסוק	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב
		מיקוד
		טלפון נייד

2

מקום מקום העבודה - כתובת הביטוח

מקום השירות	צה"ל ☐	משמר הכנסת ☐	טלפון קווי
שב"ס ☐	משא"ז ☐	טלפון נייד	
משטרה ☐	אחר ☐	מס' פקס	
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	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.

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐ בדרך לעבודה ☐ בדרך לביתך

הכתובת שבה אירעה הפגיעה

הכתובת שבה אירעה הפגיעה

☐ מחוץ למפעל ☐ 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 מספר), נא פרט
 תאריך: 2015/06/05 שם: א. כרמל/מחנה א. כרמל חדר 101

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☐ כן, פרט:

שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ אחר
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ אחר

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

מסירת האדעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון
1/292/0107	מר שלום צוי	אויביו המנהל	922776050
שנה	חודש	יום	

מחנה המעבר בברסל (שם חדרה חנינה על הפניה הראשונה) קרובת ירידה במסע

האיבר שנפגע מחלות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם המופא/שיחת רפואי)
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה שנה חודש יום	מחלת ופצות שם בית החולים / מחלקה כניית חולים שעה

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או חמים למצבך כיום? ☐ לא ☐ כן

ט 7 פ

☐ כללית ☒ לאומית

☐ מכבי ☐ מאוחדת

☐ אחר

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרפא	תחום המומחיות	כתובת המרפא	טלפון המרפא
ד"ר ציוה ליכטנש	נאמחה אורל/היפה	שבה טופלתי או אני מטופל	5/93018
		התגמאל 67 באג	

5

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן,
 הגוף המסייע: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים
 שם הגוף המייצג או המסייע: _____

6

מספר התיק במשטרה	טיפול בתאונה תחנת משטרה ב-	1 האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? ☒ לא ☐ כן, (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)
מספר רישוי	2 האם נפגעת בהיותך: ☒ הולך רגל ☐ נוסע 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.	
	4 הרכב בבעלות: פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם) רכב ציבורי ☐ אחר _____	
ומספר הקו	במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה	
מספר זהות / דרכון ס"ב	פרטי הנהג	5 שם ומשפחה
מספר זהות / דרכון ס"ב		שם ומשפחה
מספר זהות / דרכון ס"ב		שם ומשפחה
שם חברת הביטוח	נוסעים נוספים ברכב:	
מס' פוליסה	6 האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? ☒ לא ☐ כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח	
	7 האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג? תביעה נגד _____ שם העו"ד המטפל _____ כתובתו _____ טלפון _____	
	8 התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____	

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 _____
 כתובת _____ מס' טלפון _____
 מס' פקס _____ דואר אלקטרוני _____

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן

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

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, מילואים, 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
_____	_____	_____	_____	_____	_____
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: 18:00 9:00
☐ עבודה במשמרות

הצהרת החבוט/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, דים 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.

ידוע לי כי אם יחול שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.
במקרה שלא יעדכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

חתימת התובע * Kader

תאריך 11/3/21

פרטי מגיש התביעה שאים הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	
		@	

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

נא ציין את מספר תעודת זהות 318047453 ותאריך הפגיעה 17/02/2021 עמוד 8 מתוך 10
למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

מספרים על פגיעה מחוץ למוסד

13

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

מספר שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

14

שם המפעל / המעסיק

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי

ז.וייס משרד עורכי דין

9 | 3 | 5 | 6 | 5 | 8 | 2 | 6 | 0 | 0 | 0 |

היקף המשרה ב- % מספר ימי העבודה בשבוע: 35 5

מספר תחילת עבודה: 13/08/2020 מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☒ יומי ☐ חודשי

אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____ עד מתי _____

בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כלול חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא	שכר בחטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	שם התשלום
חודש 01/2021	21	יומי ☐ חודשי ☐	6,198	לתיקופה	
חודש 12/2020	23	יומי ☐ חודשי ☐	5,927	לתיקופה	
חודש 11/2020	22	יומי ☐ חודשי ☐	5,915	לתיקופה	
חודש 10/2020	21	יומי ☐ חודשי ☐	6,231	לתיקופה	

העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט לעד ☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☒ כן ☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה: _____

שם בית התובע או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____

חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____

נא ציין את מספר תעודת זהות 318047453 ותאריך הפגיעה 17/02/2021 עמוד 9 מתוך 10

15 מילוי טופס דמי מחלה על-פי המעסיק/קרן דמי מחלה

- האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליזם 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)

16 חתימת 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 התבע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

תאריך 17/02/2021 תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת * _____

17 פרטים מעדושים 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)

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

נא ציין את מספר תעודת זהות 318047453 ותאריך הפגיעה 17/02/2021 עמוד 10 מתוך 10

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה

שנה חודש יום

מספר זהות/דרכון

קוד גמלה

60

שם משפחה

שם פרטי

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר

2

אני הח"מ, שפרטיי 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 אודותיי.

תאריך 11/3/21 חתימת המבוטח * Kali

תלוש משכורת לחודש 11/2020

כתובת: הרא"ה 143, רמת גן 5237542

שם החברה
ז.וייס משרד עורכי דין
קויפמן 2, תל אביב 68012

תיק ניכויים
935658260 ב.ל.
935658260 מ.ה.
513258800 מספר תאגיד - מוסר

מס' עובד		מחלקה		שם עובד		תעודת זהות		דרוג		תחילת עבודה	
125		0		רוקח		גלוריה		318047453		13/08/20	
תעריף		תעריף יום		תעריף שעה		ימי עבודה		שעות עבודה		בנק	
294		35		22/22		משולמים/בפועל		183.5		10	
תאור התשלום		כמות		תעריף		אחוז		נטו לגילום		סכום התשלום	
שכר יסוד		183.50		35.00				6,423.00		6,423.00	
נסיעות		1.00		213.00				213.00		213.00	
מחלה יום 1		16.48		-35.00				-577.00		-577.00	
מחלה יום 2		8.24		-17.50				-144.00		-144.00	
מס' משפחה		מס' ג' זוג		מס' ח' עובד		מס' אחוז משרה		מס' זכיו		מס' זכיו אישי	
ג		2.75						602		10.00	
זכיו נוסף		זכיו גמל		זכיו משמורת							
פטור חודשי		פטור ס' 47		הנחת ישובי פינוח							
מס' תאגיד		שכר לתאגיד		מ.ה. לתאגיד							
ל											
חייב מ.ה.		5,915.00									
חייב ב.ל.		5,915.00									

חייב מ.ה. 5,915.00

חייב ב.ל. 5,915.00

סה"כ תשלומים 5,915.00

סה"כ ניכויים 207.00

שכר נטו 5,708.00

נטו לתשלום 5,708.00

ניכוי חובה	הסכום	ניכוי רשות	יתרה	כמות	סכום
ביטוח לאומי	24.00				
דמי בריאות	183.00				
סה"כ	207.00	סה"כ			

הערות:

נתונים מצטברים

ניהול העדרות

סוג העדרות	יתרה קודמת	ניצול	יתרה	תשלומים	דמי חבר/טיפול	21,358	ניכוי ס' 47	2,409	21,358	זכיו אישי	זכיו נוסף	זכיו גמל	זכיו משמורת	0	0	0	0
חופש	2.2	0	3.3	שכר שווה כסף	חייב ב.ל.		זכיו אישי			זכיו אישי							
מחלה	1.74	3	0.24	חייב מ.ה.	קופ"ג מעביד	0.00	זכיו נוסף			זכיו נוסף							
חופש חודשי : 1.1				מס הכנסה	קה"ל מעביד	0.00	זכיו גמל			זכיו גמל							
				ביטוח לאומי	פיצויים מעסיק	0.00	זכיו משמורת			זכיו משמורת							
				גמל 35%			פטור			פטור							
				ק. השתלמות			פטור ס' 47			פטור ס' 47							

בתאריך 15/03/2021

בוצע ע"י: עופר בק, רו"ח

באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה

תיק ניכויים 935658260 ב.ל. 935658260 מ.ה. 513256800 מספר תאגיד - מספר		תלוש משכורת לחודש 12/2020 כתובת: הרא"ה 143, רמת גן 5237542		שם החברה ז.וייס משרד עורכי דין קויפמן 2, תל אביב 68012	
--	--	--	--	--	--

מס' עובד	מחלקה	שם עובד	תעודת זהות	דרגה	תחילת עבודה
125	0	רוקח גלוריה	318047453		13/08/20
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה	שעות עבודה	בנק
	294	35	23/23	171.3/171.3	10
תאור התשלום	כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום
שכר יסוד	171.30	35.00		5,996.00	5,996.00
נסיעות	1.00	213.00		213.00	213.00
מחלה יום 1	8.06	-35.00		-282.00	-282.00
מס' עובד מחלקה שם עובד תעודת זהות דרגה תחילת עבודה תעריף תעריף יום תעריף שעה ימי עבודה שעות עבודה בנק תאור התשלום כמות תעריף אחוז נטו לגילום סכום התשלום					

5,927.00	חייב מ.ה.
5,927.00	חייב ב.ל.
5,927.00	סה"כ תשלומים
207.00	סה"כ ניכויים
5,720.00	שכר נטו
5,720.00	נטו לתשלום

סוג העדירות	יתרה קודמת	ניצול	יתרה	תשלומים	ניכויים	דמי חבר/טיפול	סכום
חרפש	3.3	0	4.45	שכר שווה כסף	ניכוי ס' 47'	חייב ב.ל.	27,285
מחלה	0.24	1	0.74	חייב מ.ה.	ניכוי נוסף	קופ"ג מעביד	0.00
חופש חודשי : 1.15				מס הכנסה	ניכוי גמל	קה"ל מעביד	0.00
				ביטוח לאומי	זיכוי משמרות	פיצויים מעסיק	0.00
				גמל 35%	פטור		0
				ק. השתלמות	פטור ס' 47'		0

בוצע ע"י: עופר בק, רו"ח
 בתאריך 15/03/2021
 באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה

תיק ניכויים
935658260 בל
מ.ה. 935658260
מספר תאגיד - 513258800

תלוש משכורת לחודש 2/2021

כתובת: הרא"ה 143, רמת גן 5237542

שם החברה
ז.וייס משרד עורכי דין
קופימן 2, תל אביב 68012

מס' עובד	מחלקה	שם עובד	תעודת זהות	דרגה	דרגה	תחילת עבודה
125	0	רוקח גלוריה	318047453			13/08/20
תעריף	תעריף יום	תעריף שעה	ימי עבודה	שעות עבודה	בנק	סביף
	294	35	13/13	111.4/111.4	10	944
תאור התשלום	כמות	תעריף	אחוז	נטו לגילום	סכום התשלום	חשבון
שכר יסוד	111.40	35.00		3,899.00	3,899.00	01427939
נסיעות	0.23	208.50		48.00	48.00	משולם לבנק
מחלה יום 1	16.31	-35.00		-571.00	-571.00	
מחלה יום 2	8.16	-17.50		-143.00	-143.00	
אחוז משרה נ זכוי מלב בן זוג מספר עובד מס שולי % מס קבוע זכוי אישי זכוי נוסף זכוי גמל זכוי משמרות פטור חודשי פטור ס' 47 הנחלת ישובי פיתוח מ.ה. לתאום שכר לתאום מס ל						
2.75 10.00 599						

חייב מ.ה. 3,233.00

חייב ב.ל. 3,233.00

סה"כ תשלומים 3,233.00

סה"כ ניכויים 93.00

שכר נטו 3,140.00

נטו לתשלום 3,140.00

ניכוי חובה	הסכום	ניכויי רשות	יתרה	כמות	סכום
מס הכנסה	-20.00				
ביטוח לאומי	13.00				
דמי בריאות	100.00				
סה"כ	93.00				

סוג העדויות	יתרה קודמת	ניצול	יתרה	תשלומים	ניכוי ס' 47	דמי חבר/טיפול
חופש	5.5	0	6.15	שכר שווה כסף	זכוי אישי	חייב ב.ל.
מחלה	2.19	4	-0.91	חייב מ.ה.	זכוי נוסף	קופ"ג מעביד
				מס הכנסה	זכוי גמל	קה"ל מעביד
				ביטוח לאומי	זכוי משמרות	פיצויים מעסיק
חופש חודשי : 0.65				גמל 35%	פטור	
				ק. השתלמות	פטור ס' 47	

בתאריך 07/03/2021

בוצע ע"י: עופר בק, רו"ח

באמצעות שיקלולית מבית ט.מ.ל. - תוכנת השכר המובילה במדינה

י פ ו י כ ה

אני הח"מ, שלמה רוקח, מס' 318047453, מרחוב הארזים 8, תל אביב 6108001,
ת.ז. מס' 318047453, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה נגד בענין תאונת דרכים מיום ה'תשס"ח
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הנאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכת, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום _____ 7 _____ לחודש _____ 4 _____ שנה _____ 21

חתימה: X Kadish

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עורך-דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א' אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)			
שם משפחה <u>חוק</u>	שם פרטי <u>דניאל</u>	תעודת זהות <u>318047453</u>	שם האב _____
רחוב <u>השקמה</u>	מס' <u>7</u>	עיר <u>תל אביב</u>	מיקוד _____
טלפון _____			

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהו, עובדיהו ו/או מי מטעמנו ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב' שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____			
רופאים: מכונים, מעבדות:	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 1.11.21 עד לחתימה ומס' ת.ז. 62254 חתימה: דניאל חוק X Kalip

(חתימת האפוטרופוס) - במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 11/04/2021 18:10
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME 11/04 18:02
 FAX NO./NAME 6751936
 DURATION 00:08:25
 PAGE(S) 29
 RESULT OK
 MODE STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

11.4.21

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

רחוב החשמונאים 15

רמת גן

באמצעות פקס: 03-6720103

א.ג.נ.

הנדון: גלוריה רוקח, ת.ז. 318047453

תאונה מיום 17.2.21

1. מצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים ותלושי שכר.

2. לטיפולכם המסודר בתביעת מרשתי אודה.

מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשתי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

