

אישור ע"פ צו 8
 2873 + סיכום מלא

עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה		
שנה	חודש	יום

המוסד לביטוח לאומי
 מינהל הגמלאות - ביטוח נפגעי עבודה



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.

פרטי המעביד		פרטי המעביד/המפעל/הקיבוץ/המעביד		פרטי המעביד	
שם המעביד	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי	שם המעביד/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר זהות/דרכון	טלפון פקס
ע"ר"ג אר"י	92502089301	0733388371	רחוב / תא דואר	מס' בית	מיקוד
יולי (תל"ה)	אר"י	1717171717	4		

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

פרטי המעביד		פרטי המעביד	
שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות/דרכון
חנניה	הושיה	☐ זכר ☒ נקבה	313289282

פרטי התאונה		פרטי התאונה	
נפגע בתאריך	בשעה	כאשר עבד ב	סוג העבודה
24/10/2024	14:45	סניף	סניף
מקום התאונה:		מקום התאונה:	
☐ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☒ אחר		כתובת מקום התאונה	
תיאור התאונה		תיאור התאונה	
נפגע נפל מדוכה		נפגע נפל מדוכה	
האירוע שנגרם		האירוע שנגרם	
נפגע נפל מדוכה		נפגע נפל מדוכה	

הצהרה	
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 28/10/24 תפקיד החותם <u>שלמה</u> שם החותם <u>נאמן</u> חתימה וחומת	

עיריית אור-יהודה
 מחלקת משאבי אנוש

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 8

313289282

נא ציין את מספר תעודת זהות

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	סוג המסמך
01	

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

שם משפחה		שם פרטי	
חגמי		הודיה	
טלפון קווי		טלפון נייד	
0509807172		0509807172	
דואר אלקטרוני: hodaya0503@icloud.com			
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)			
2829313			

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
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לדיעקתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות במשאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.		
מען למכתבים – אם סאנה מהרשום כמסורד הפנים		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
דב הוז	8	
דירה	ישוב	מיקוד
	אור יהודה	0

פרטי מקום העבודה – אם אתה נאמה עם כוחות הביטחון אנו מלא טעיף 2א	
שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית	
שם מעסיק/ מפעל עיריית אור יהודה	תפקיד התובע במקום העבודה
רחוב / תא דואר	מס' בית
0	
טלפון קווי	טלפון נייד
0509807172	0509807172
מספר פקס	
☐ האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: לא ☐ ק, פרט:	
☐ האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: לא ☐ ק, פרט:	
עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לזמן – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)	
שם העסק	סוג העיסוק
רחוב / תא דואר	מס' בית
טלפון קווי	טלפון נייד
טלפון פקס	

2א

פרט מקום העבודה - כוחות הביטחון

מקום השירות: ☐ צה"ל ☐ מש"א"ר ☐ משמר הכנסת ☐ משטרה ☐ ש"ס ☐ אחר

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? ☐ לא ☐ כן

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

3

פרט הפגיעה

תאריך הפגיעה: 19/9/2024 שנה חודש יום

היום בשבוע: י"א

שעת הפגיעה: 14:45

תאריך הפסקת עבודה: 9/9/2024

שעת הפסקת עבודה: 14:30

היכן אירעה הפגיעה? ☐ במהלך העבודה ☐ מחוץ למפעל ☐ תאונה בבניין

במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐ מחוץ למפעל ☐ תאונה בבניין

היכן אירעה הפגיעה? ☐ במהלך העבודה ☐ מחוץ למפעל ☐ תאונה בבניין

במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐ מחוץ למפעל ☐ תאונה בבניין

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☐ כן פרט:

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף). נא פרט: אחרי ש"ו' תלמידי בהסס (חילוק מוחלט) היה בור במצב
אנשים, ובנייהם חנק ש"ס נקט בצעד

שם כתובת מספר טלפון

שם כתובת מספר טלפון

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה: 10/09/2024 שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה: חנ' ברוך

תפקיד: מנהל פסס

טלפון: 050-5929046

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

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
כרך שאל"י	נק"ג	שם בית החולים / מחלקה
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	
שנה 2024 חודש 09 יום 09	שעה	

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום?
☒ לא ☐ כן, פרט _____

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה סופלתי או אני מטופל	טלפון המרפאה

5 סיכום וייצוג בהגשת תביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן
 הגוף המייצג או המסייע: ☐ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר _____

אם אתה מיוצג ע"י עורך דין, יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון

6 פרטים על התאונה

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 _____
 כתובתו _____ 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 _____

7 פירוט העיסוקים

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

עד תאריך		מתאריך		☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה
שנה	יום	שנה	יום	
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך	☐ שהייתי בעסק / בעבודתי
שנה	יום	שנה	יום	
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך	☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____
שנה	יום	שנה	יום	

סרם חזרתי לעבודה ☒ לא נעדרתי מהעבודה ☐

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה 12:00 עד שעה 14:30 ☒

עבודה במשמרות ☐

8

החברה לפיליפ "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 * _____

9

פרטי חשבון הבנק של התביעה
כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אמקש להעבירו לחשבוני הפרטי ושומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובת	מס' סניף	מספר חשבון
מזכ"ל	קרית ארבע	803	59871/00

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

10

פסוק ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכויות לפסוק ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פסוק חלקי

11

הצהרת התביעה/תביעות התביעה

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

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותי. ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין 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: 28/10/24 חתימת התובע * מרים ארד

פרטי מגיש התביעה שאים הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	קרבה לתובע

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		@

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צא אפוסטרפוסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____

עמוד 6 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות 313289282

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

1 הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה מקום הפגיעה: <u>בית 313</u>		מרצים על אזהרה מחוץ למפעל או למפעל שעת הפגיעה: <u>44:45</u>	
המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: <u>מחלקת מכונות</u>		האם התובע מועסק בדרך קבע מחוץ למפעל? ☐ לא ☒ כן	
האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☒ כן		1. שם _____ ת.ז. _____ 2. שם _____ ת.ז. _____	
תפקיד הנפגע במפעל <u>מנהל</u>	מסרת יציאתו מחוץ למפעל <u>11:00</u>	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת <u>דניאל</u>	תפקידו <u>מנהל</u>
שעת היציאה <u>12:00</u>	שעת החזרה הצפויה <u>14:30</u>	שם הקבלן הראשי <u>דניאל</u>	שם הקבלן המבצע <u>דניאל</u>
תאונה בבניין שם האתר פגיעה בדרך לעבודה: ☐		הכתובת שבה היה אמור לעבוד ☐ לא ☒ כן	
באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? <u>14:30</u>		איזו משמרת? הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו	
הסיבה ליציאה המוקדמת:		האם סיים בשעה הקבועה? ☒ כן ☐ לא	

2

טופס דיווח על פעילות חודשית

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

עיריית אור יהודה

תאריך תחילת עבודה: 01/05/2013

מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

היקף המשרה ב-%: 51.6 מספר ימי העבודה בשבוע: _____

☐ 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

חודש, סלל 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		סכום	לתקופה	שם התשלום
חודש 06/2024	חודש מלא	☐	☒	4,162.34	1622	1-1-1	
חודש 07/2024	חודש מלא	☐	☒	5,521.56	719	1-1-1	
חודש 08/2024	0	☒	☐	0.00			
חודש _____		☐	☐				

☐ 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: _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר: _____

שוגר מסמך: ☐ כן ☒ לא

שם איש הקשר לרשות השירותי שכר: _____ מספר טלפון: _____

חתימת המעסיק: _____ תאריך: 28/9/2013 שם ותפקיד החותם: _____

(05.2022) 211

RECEIVED
JUL 10 1964

עיריית א.ד. - יהודה
מחלקת ש.ב.

8/24 - תכנית הלימודים

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 ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

עיריית אור-יהודה
מחלקת משאבי אנוש

תאריך 28/10/24 תפקיד החותם אילן שם החותם חתומה וחותרת

5

פרטים מפורטים למעסיק מורשה/מסר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☒ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך 9/9/24 עד תאריך _____ ושלמס 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)

עיבוי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

עיריית אור-יהודה
מחלקת משאבי אנוש

חתימת המעסיק וחותרת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

עמוד 8 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות 313289282

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	313289282	09/09/2024 שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	
חנה	עלי	
חבר בקופת חולים		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה

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: 28/10/24 חתימת המבוטח * חתום