



סמולין: 370829

תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה/ מחלת מקצוע

תביעת מוגשת כ:

☒ תאונת עבודה ☐ מחלת מקצוע

אופן העסקה בעת הפגיעה:

☐ חבר קיבוץ/ מושב שיתופי

☐ עצמאי

☒ שכיר

☐ הכשרה מקצועית

☐ מתנדב

פרטי התובע

1

מספר תעודת זהות או מספר מזהה שהונפק
על ידי ביטוח לאומי (לבעלי אשרה):

021771613

שם משפחה

אגמי

שם פרטי

יניב

תאריך לידה

03/10/1983

מין

☒ זכר ☐ נקבה

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה במשרד הפנים)

רחוב

ישוב

כניסה

מספר בית

מיקוד

דירה

תיבת דואר

מספר טלפון נוסף

050-4536194

מספר טלפון נייד

050-4473449

דואר אלקטרוני

sisidav@gmail.com

אני מסכים לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים דיגיטליים (הודעות טקסט ודואר אלקטרוני), במקום בדואר רגיל

☒ כן ☐ לא

במקום עבודתי הועסקתי בתפקידים הבאים:

במקום עבודתי הועסקתי בתפקידים הבאים:

תפקיד 1

תקופת העבודה

שנתיים ו-5 חודשים

התפקיד וסוג העבודה

איש אחזקה

האם ידוע לך על עובדים נוספים שלקו במחלה ?

☒ לא ☐ כן

פרטי מקום ההתנדבות/ העבודה בו נפגעת:

שכיר/ חבר קיבוץ/ מתנדב/ הכשרה מקצועית:

שם המעסיק/ מפעל

מגדלי מאתיים בעמ

ישוב

הוד השרון

מספר טלפון

054-2026242

מספר תיק ניכויים בביטוח לאומי (מופיע

בתלוש המשכורת)

923678924

האם הנך בעל מניות ו/או בעל שליטה?

☐ כן ☐ לא

פרט

האם יש קרבה בינך לבין מעסיקך?

☐ כן ☐ לא

עצמאי:

שם העסק

ישוב

מספר פקס

מספר תיק ניכויים בביטוח לאומי (מופיע בתלוש המשכורת)

יש לי ואני אצרף לתביעה את אישור המעסיק

☐ כן ☐ לא

תפקיד/ עיסוק במקום העבודה

איש אחזקה

תיבת דואר

מספר בית

8

רחוב

בן צבי יצחק

מספר פקס

סוג הקרבה

סוג העיסוק

תיבת דואר

מספר בית

רחוב

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות

טלפון קווי

טלפון נייד

מס' פקס

רחוב / תא דואר

מספר בית

ישוב

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

הגשתי או בכוונתי להגיש תביעה כנגד החלטת קצין התגמולים

☐ כן ☐ לא

פרטי הפגיעה/ מחלת מקצוע

שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה/ אבחון הליקוי הרפואי
09:00	ראשון	07/02/2021
	שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה
	10:00	07/02/2021

היכן אירעה הפגיעה:

- ☐ במפעל/ בעסק
☒ בדרך לעבודה

הכתובת בה הייתי אמור לעבוד

הוד השרון

בתאונות בדרך, פירוט מסלול דרכי לעבודה או לביתי או ליעד אחר:

הלכתי לקנות ציוד לעסק מחנות חשמל באור יהודה להוד השרון שם אני עובד.

☐ מחוץ למפעל לעסק/ תוך כדי עבודה

☐ בדרך לביתי

הכתובת שבה אירעה הפגיעה

בתאונות בדרך, פירוט מסלול דרכי לעבודה או לביתי או ליעד אחר:

האם מדובר בתאונות דרכים?

☐ כן ☒ לא

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה עסקתי בזמן הפגיעה/ תיאור תנאי עבודתי שהובילו להתפתחות הליקוי הרפואי

הלכתי לקנות ציוד לעסק מחנות באור יהודה- ירדתי מהרכב והתעקמה לי הרגל. קניתי ציוד נסעתי לעבודה בהוד השרון והרגשתי שהכאבים התגברו וברך שמאל ממש התנפחה. ב11:00 הלכתי לרופא משפחה שלח אותי לרנטגן.

נכחו עדים בפגיעה

☐ כן ☒ לא

עד 1

מספר טלפון

כתובת

שם העד

העד הוא:

☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר

פרטי המחלה או הליקוי

שם המחלה או הליקוי

תאריך הופעת המחלה או הליקוי

מתיחת רצועה בברך שמאל

07/02/2021

לידיעתך, יש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על אבחון המחלה או הליקוי הרפואי, כמו: תוצאות בדיקות, סיכום רפואי, פענוח הדמיה וכדומה.

תיאור ופרוט תנאי עבודתי שגרמו להתפתחות המחלה או הליקוי הרפואי

כשירדתי מהרכב של העבודה התעקמה לי הרגל והרגשתי שאני לא יכול להזיז אותה ואז היא התנפחה.

עבודתי כרוכה בחשיפה לחומרים:

☒ לא ☐ כן

האם בוצעו בדיקות ניטור סביבתיות במקום עבודתך?

☒ לא ☐ כן

מסירת הודעה למעסיק על המחלה או הליקוי

תאריך מסירת ההודעה

תפקיד

שם מקבל ההודעה

מנכ"ל החברה

אודי דוידזון

07/02/2021

4

פרטי הטיפול הרפואי

מי טיפל לראשונה בפגיעה?	תאריך קבלת הטיפול לראשונה	שעת קבלת הטיפול לראשונה
רופא משפחה	07/02/2021	11:00
תקופת אשפוז	שם בית החולים/ מחלקה	
סבלתי בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או הדומים למצבי היום		
☐ כן ☐ לא		
פרט		

פרטי הרופאים המטפלים

רופא 1		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה
<input type="text" value="ד" אל="" מהראן="" עבד="" קאדר"="" ר=""/>	רופא משפחה	אופירה 3 אור יהודה
מספר הטלפון של המרפאה		
03-5385200		
רופא 2		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה
<input type="text" value="ד" מנדל"="" פרידי="" ר=""/>	אורטופד	יהודה לייב פינסקר 51 ראשון לציון
מספר הטלפון של המרפאה		
03-9562278		

5

סיוע בהגשת התביעה

אני מקבל סיוע בהגשת התביעה			
☐ כן ☐ לא			
הגוף המסייע:			
☐ בית חולים	☐ יד מכוונת	☐ חברת מימוש זכויות	☐ עורך דין
☐ אחר			
שם הגוף המסייע/המייצג:			

פרטים על תאונת דרכים

נמסרה הודעה על התאונה למשטרה

☐ כן ☐ לא

יש לצרף דוח משטרה במקום הייעודי

נפגעת/י בהיותי:

☐ הולך רגל

סוג הרכב המעורב בתאונה:

☐ פרטי

☐ מונית

☐ מלגזה

☐ אחר

☐ נוסע ברכב

☐ טרקטור

פרט

☐ אופנוע

מספר התיק במשטרה

תחנת המשטרה שטיפלה בתאונה

מספר רישוי

הרכב בבעלות

☐ פרטית

☐ אחר

☐ מקום העבודה

☐ חברת השכרה/ לייסינג

☐ רכב ציבורי

פרט

שם החברה

מספר הקו

פרטי הנהג

שם פרטי

שם משפחה

☐ מספר זהות ☐ דרכון

נכחו נוסעים נוספים ברכב

☐ כן ☐ לא

נוסע נוסף ברכב 1

שם פרטי

שם משפחה

☐ מספר זהות

☐ דרכון

הגשתי תביעה לחברת הביטוח

☐ כן ☐ לא

יש לצרף העתק מההודעה לחברת הביטוח

הגשתי או בכוונתי להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג':

☐ כן, פרט ☐ לא

תביעה נגד

שם עורך דין מטפל

כתובת עורך דין

דואר אלקטרוני

מספר טלפון

מספר פקס

התביעה הוגשה בבית המשפט

☐ השלום ☐ המחוזי

מספר תיק

העיר בה הוגשה התביעה

7 פרטים על תאונה בנזיקין

סוג הפגיעה (לעניין נזיקין):

☐ נפילה ממקום גבוה
☐ תקיפה

☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה
☐ פגיעה מבעל חיים

☐ התחשמלות
☒ אחר

הגשתי או בכוונתי להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לפגיעה:

☐ כן ☐ לא

תביעה נגד

שם עורך דין מטפל

כתובת עורך דין

דואר אלקטרוני

מספר טלפון

מספר פקס

התביעה הוגשה בבית המשפט

☐ השלום ☐ המחוזי

העיר בה הוגשה התביעה

מספר תיק

יש ברשותי תמונות של מקום המפגע

☐ כן ☐ לא

מקומות עבודה קודמים בהם עבדתי, בישראל ובחו"ל:

מקומות עבודה קודמים בהם עבדתי, בישראל ובחו"ל:

מקום עבודה קודם 1

מקום עבודה וסוג העבודה

תפקיד

תקופת עבודה

מסרתי הודעה למעסיק על המחלה או הליקוי הרפואי:

☐ כן ☐ לא

תאריך מסירת ההודעה

שם מקבל ההודעה

תפקיד

07/02/2021

אודי דוידזון

מנכל

שרתתי בצה"ל

☐ כן ☐ לא

האם התפתחו ליקויים רפואיים במהלך השירות הצבאי?

☐ כן ☐ לא

☐ לא עבדתי כלל

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחר

פרט

☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/ נוסף

☐ עבדתי כרגיל

פרטים על עבודה לאחר הפגיעה

☐ לא נעדרתי כלל מהעבודה

☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהייתי בעסק/ בעבודתי

שורה 1

מתאריך

עד תאריך

משעה

עד שעה

☐ חזרתי לעבודה מלאה

בתאריך

☒ טרם חזרתי לעבודתי

עבודה במשמרות

עד שעה

16:00

משעה

08:00

9

הצהרה למילוי ע"י בעל השליטה 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 שבוצעה בפועל)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

☐ בסימון תיבה זו אני מצהיר שכל הנתונים שציננתי וקשורים לבעל שליטה נכונים תאריך החתימה

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

לתשומת ליבך, יש למלא מספר חשבון בנק של האדם עבורו מבקשים את התביעה/ אפוטרופוס שם מלא בעל החשבון

יניב אגמי

שם בנק

הדואר

מספר ושם הסניף

1-הדואר

מספר חשבון

26955760

אני מבקש להעביר את התשלום ל:

☐ חשבון הבנק של הקיבוץ/ מושב ☐ חשבוני הפרטי

11

יש לי פטור מתשלום מס הכנסה

☐ כן ☐ לא ☐ פטור חלקי ☐ עיוור או נכה

- אני החתום מטה תובע דמי פגיעה , ומצהיר 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 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 לקצבה או יצירת חוב ועל כן, אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום, על ידי פניה לסניף הביטוח הלאומי הקרוב למקום מגורי.
- אני מסכים שהבנק אליו תופקד הקצבה, 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.

שם פרטי ומשפחה	תאריך החתימה
יניב אגמי	03/03/2021
פרטי מגיש התביעה	
פרט	יחס קרבה לתובע
מספר טלפון נוסף	מספר טלפון נייד
דואר אלקטרוני	

אני מסכים לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים דיגיטליים (הודעות טקסט ודואר אלקטרוני), במקום בדואר רגיל

לא ☐ כן ☐

הערות

מסמך זה מכיל מידע מוגן על פי חוק הגנת הפרטיות.
טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מיועד לשני המינים כאחד.

מרפאה: ד"ר מנדל פודי - ראשול"צ מחוז:

תעודה רפואית ראשונה לפגוע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרט' המטופל

אגמי יניב		מס זהות		שם משפחה ושם פרטי	
אור יהודה	השיטה	מס בית	מס	ת.לידה	שם האב
ישראל	רחוב	8	37.04	03/10/1983	יחזקאל
50 - 4473449	50 - 4473449	50	50	50	50
טלפון	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון	טלפון

07/02/2021 : תאריך תשלום:

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

הממצאים הקליניים:

בדיקה גופנית מתאריך 07/02/2021
ברך שמאל סימפטיק קלה מוגבלות סבב מדוי מוסטרירי
מטחח NSAID הערכה נכח U.S
21/02/2021:מק - פיוסרטיס - מטחח

אבחנות

INJURY TRAUMATIC	אבחנה	איפיון	קיד
It knee			9599

הטיפול שביתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 07/02/2021 עד יום 07/03/2021 (במלך) סה"כ 29 ימים

21/02/2021 21/02/2021

ת. הבדיקה תאריך מתן התעודה

חתימה ותחתמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

1 m 1 97

*****המסמר מכיל מידע חוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות*****

21/02/2021

00-02177161-3 הודפס ע"י ד"ר פרידי מנדל

אגמי יניב

תרופות	כמות	א. הגשה	פעמים	ב...
AQUA CR 250ML 250ML METHOTREXAT 2.5MG "EBEWE" TAB 2.5 6	6	מריחה טבליות	2 1	ביום בשבוע

ממצאים קליניים
בדיקה גופנית מתאריך 07/02/2021:
ברך שמאל סינוביטיס קלה מוגבלות כאב מדיו מוסטרירי.
מנוחה NSAID הערכה עי U-S
21/02/2021: מגן - פזיטרפיה - מנוחה.

מטרת הבדיקה: לטיפול בברך ימנית עם פציעה מתיחה של הMCL.

חתימה וחותמת הרופא	17573	ד"ר פרידי מנדל
	מספר רשיון	שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפר נציג תשירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

תאריך הפגיעה		מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
שנה 2021 חודש 02 יום 07		371677101	60
שם פרטי		שם משפחה	
י'נ'ב		א.נ.א.	
חבר בקופת חולים			
☒ כלית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר			

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: 13/2021 חתימת המבוטח: * (י'נ'ב)



הצהרת התביעה לפרטי

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 בודעין 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 או בנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכויותי 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 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.

חתימת התובע * אליהו אלמ

תאריך 2013/6/23

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

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

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

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה	מספר זהות ס"ב

עמוד 5 מתוך 10

נא ציין את מספר תעודת זהות 613 772 21 ותאריך הפגיעה 16.2.21
למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בהתאמה של עצמאי - ימלא התובע)

13

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: מ"ה 360 ג' יב'ל'ה שעת הפגיעה: 9:00

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: מ"ה 360 ג' יב'ל'ה

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☒ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק בו: ב"ר (א) 360 ג' יב'ל'ה

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

שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת מ"ה 360 ג' יב'ל'ה מסרת יציאתו מחוץ למפעל מ"ה 360 ג' יב'ל'ה תפקיד הנפגע במפעל מ"ה 360 ג' יב'ל'ה

שעת החזרה העבודה
18:00

שעת היציאה
8:00

☐ תאונה בבניין: שם האתר _____ שם הקבלן הראשי _____ שם הקבלן המבצע _____

☐ פגיעה בדרך לעבודה: באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? 8:00 איזו משמרת? ק"ל הכתובת שבה היה אמור לעבוד? מ"ה 360 ג' יב'ל'ה

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא הסיבה ליציאת המוקדמת: הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

14

שם המפעל / המעסיק

תאריך תחילת עבודה: 16.2.21 מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☒ חודשי
היקף המשרה ב-4 החודשים: מספרית העבודה

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות: _____
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, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	סכום	נזקקים לתקופה	שם החשבוש
		יומי	חודשי				
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				

☒ העובד לא שוּם עוּן יין לעבודה ☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____

☐ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____

☒ העובד ממשיך להימסר על עובדי המפעל ☐ כן

☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך _____ סיבת הפסקת העבודה: חתימת המעסיק

יש בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר

חתימת המעסיק _____ תאריך 16.2.21 שם ותפקיד החותם מ"ה 360 ג' יב'ל'ה

נא ציין את מספר תעודת זהות 7121613 ואריך הפגיעה 7/2/2021

פרטים על תשלום דמי מחלה על-פי 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: 42

☐ 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)

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו. כן נא לא לפרט את ההסתגלויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה.

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

תאריך 16.2.21 תפקיד החותם מנכ"ל שם החותם ד"ר יעקב מתימה וחתימה סג

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור השיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך עד תאריך

כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברו / 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 והחתימה X

(נדרש רק במקרים שיש ציודים מסלוליים)

התאריך: 21.02.21

נספח אישור התעסוקה על תקופת עבודה ועל שכר

שם המעסיק: 216 - מגדלי 200 בע"מ

תאריך תחילת העיסוק: 21.02.21

צדף אישור זה לטובת כלל 211 - הביטוח לתישבות דמי פגיעה

ת.ד. מסמך: 923678924

תאריך תחילת העיסוק: 21.02.21

תאריך סיום העיסוק: 21.02.21

שם העובד/ת: אגמי יניב 023

מספר זהות: 021771613

סוג יחסות: ☒ יחידה/מלאה ☐ י"ע לשבוע: 5 ש"ע ליום: 8.40

☐ חלקית

☐ יומית

פרטים שכר כ-4 החודשים שקדמו להפסקת עבודתו/ה:

מספר חודש	השכר החייב במס	השכר החייב ביטוח דמי כריאות שטנ	דמי ביטוח דמי כריאות שטנ	מספר ימי עבודה כמספר	אחוז המשיגה	מספר ימי עבודה כמספר	מספר ימים עובדים זהו שטנ
01/21	8858	8858	525	ח	100.0%	30.0	כ
12/20	8474	8474	479	ח	100.0%	30.0	ב
11/20	8474	8474	479	ח	100.0%	30.0	ט
10/20	8474	8474	479	ה	100.0%	30.0	כ

לא נוספו שכר נוסף או הפרשי שכר בתקופת התעסוקה לעיל.

העין "מ"מ" בעור מספר ימי עבודה - מרושו שהעובד עבד חודש מלא

במסמך 02/21 שולם לעובד עד תאריך הפגיעה (07/02/21) שכר כמס. ט"ח.

מגדלי 200 בע"מ
יעוץ וניהול מעדלי מגורים

המחלקה המעסיקת את נכונות הפרטים באישור זה.

(חתימה יתחלפה)

הודעת ביטוי: 02/21

נספח אישור התשלום על תדירות עבודה ועל שכר

שם המעסיק: 216 - מגדלי 200 בע"מ

תאריך: 02/21

צדף אישור זה לתשלום דמי פגיעה

קוד מס' 923678924

תאריך: 02/21

שם העובד: אגמי יניב 023

תאריך: 02/21

מספר זיהוי: 021771613

ש"ע דומ: 8.40

ש"ע לשבוע: 5

סוג משרת: ☒ יחידה/מלאה☐ חלקית☐ יומית

פרטים שכר ב-4 הדדשים שקדמו להפסקת עבודתו:

שם הדד	השכר החייב במס	השכר החייב ביטוח דמי בריאות שטנ	דמי ביטוח דמי בריאות שטנ	כספי שכר	אחוז ההטחה	מספר ימי עבודה בשכר	מספר ימים עבודה בא שטנ
01/21	8858	8858	525	ח	100.0%	30.0	מ
12/20	8474	8474	479	ח	100.0%	30.0	ב
11/20	8474	8474	479	ח	100.0%	30.0	ב
10/20	8474	8474	479	ח	100.0%	30.0	ב

לא שולם שכר נוסף או הפרשי שכר בתקופת התפטרות לעד.

הציון "30" בטור מספר ימי עבודה - פרושי שהעובד עבד תודש מלא.

בהודעה 02/21 שולם לטובד עד תאריך הפגיעה (07/02/21) שכר בסך: _____ ט"ח.

מגדלי 200 בע"מ

יועץ ביהודי מגדלי פגורים

המחלקת המעסיק: אני מאשר את נכונות הפרטים באישור זה.

(חתימה וחותמת)



שם הרופא
תחום
מספר רשיון
כתובת
טלפון
פקס
מראה: ד"ר מנדל פריד - ראש"צ מחוז: מרכז

תאריך 21/02/2021

הפניה לפיזיותרפיה
(כל ההמלצות לפיזיותרפיה חיינ בכפוף לסל השירותים)

פרטי המטופל					
אגמי יניב	00-02177161-3	37.04	ז	03/10/1983	יחזקאל
שם משפחה ושם פרטי	מס זרות	גיל	מין	ת. לידה	שם האב
השיטה	מס בית	טלפון	טלפון	50 - 4473449	50 - 4473449
אור יהודה	רחוב	מס בית	טלפון	50 - 4473449	50 - 4473449
ישוב	רחוב	מס בית	טלפון	50 - 4473449	50 - 4473449

תאריך תאונה 07/02/2021

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 32564003643

גורם שולח



2564

מספר הפניה



032564003643

תז נבדק



21771613

רשיון רופא



017573

לכבוד: מכון פיזיותרפיה

שירות שנבחר

קוד שירות	קוד משה"ב	תיאור שירות	שירות רפואי
80015	97001	פיזיותרפיה אבחון ובניית תכנית טיפול - תלונות	80015

PAIN OTHER SYMPTOMS REFERRABLE TO LIMBS

אבחנה משוערת

תלונות / סיבת הפניה מתאריך 07/02/2021

תלונות / סיבת הפניה

ברך שמאל ארוע סטריסטי הבוקר בעבודה

צילום ברך ללא ממצאים

21/02/2021 U-S ממצאים בהתאם לנזק חלקי ל MCL . הטבה .

בעיות פעילות	מ. גילוי	איפיון	בעיה
BRONCHITIS ASTHMATIC	01/02/2002		
PSORIASIS	01/08/2003		
SMOKER	01/01/1997		

trig180col161

got19gpt28alk ph134bll0.21 21/12/03 132577

מידע ישן

תולדות עבר

מ. סיום	מ. גילוי	איפיון	בעיה
01/02/2008	01/01/1997		SMOKER
01/11/1998	01/01/1997		SMOKER

ס.ה.ר. 7

דף 1 מ 2

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות

הפניה לפיזיותרפיה

00-02177161-3 הודפס ע"י ד"ר פריד מנדל

אגמי יניב