

לאור תיעוד הפואי מיום 4.5.2021 ביחס לשאיפת גז, אני מוצאת להורות לנתבע לבחון את עמדתו בשנית וזאת עד ליום 20.3.2025.

עיון 21.3.2025.

*** נחתם דיגיטלית ***

בבית הדין האזורי לעבודה תל-אביב

התובע:

צינצולקר ערן ת"ז: 38423679
ניצני עוז 30 ניצני עוז, 4283600
עיי ב"כ עו"ד אריאל פרייברג
רח' אבא הלל 7 רמת גן,
טלפון, 077-07412358 פקס 077-3180983

- נ ג ד -

הנתבע:

המוסד לביטוח לאומי
עיי ב"כ עוה"ד ל. דגון זבולון ואו ר. הררי ואו ש. צמיר ואו
ע. קמיר ואו ש. וינגרטן צ'רניקר ואו ע. עזר אשכנזי ואו א. פישר ואו
נ. בן-שלום ואו ד. קוסקאס כהן ואו ה. דמרי ואו מ. שאליק ואו
ג. בסון ואו נ. אבאיו ואו נ. בוחניק ואו ל. עמר ואו
ג. רוזנבלום ואו ר. גולדשטיין ואו ש. שמשון ואו נ. מימון ואו
ג. אברגל ואו ר. וסאל ואו ט. גוש קופצ'ה
יצחק שדה 17 תל אביב 64351
טלפון, 03-6250730 פקס 03-6250031

כתב הגנה

בהתאם להחלטת בית הדין הנכבד מיום 24/12/24, מתכבד הנתבע להגיש כתב הגנה מטעמו כדלקמן:

1. הנתבע יטען, כי טענותיו והכחשותיו בכתב הגנה זה מובאות בהשלמה הדדית במצטבר או לחלופין לפי העניין והקשר הדברים.
2. הנתבע מכחיש כל פרט, טענה ועובדה המצוינים בכתב התביעה, זולת אלה בהם יודה במפורש בכתב הגנה זה.
3. עניינה של תביעה זו, היא החלטת הנתבע מיום 02/6/24 הדוחה את תביעת התובע הטוען להכרה בשאיפת גז רעיל והכרה בתאונה זו כפגיעה בעבודה. הדחיה הינה עובדתית ורפואית.
4. התובע לא הוכיח קיומו של אירוע תאונתי בעבודתו כמשמעותו **בסעיף 79 לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה – 1995** (להלן: "החוק") ויוער, כי התובע הינו עובד עצמאי ומשכך, מוטל עליו נטל הוכחה מוגבר להוכחת תביעתו.
5. סעיפים 2-1 ו-4-5 לכתב התביעה מוכחים בהיעדר ידיעה והאמור בהם טעון הוכחה כדין.
6. סעיף 3 לכתב התביעה מוכחש, ככל שהאמור בו אינו עולה מהמסמכים הרפואיים בזמן אמת.
7. סעיף 6 מוסכם ויודגש, כי הנתבע אינו מחויב רק לטענות שהועלו במכתב הדחייה (ראו בר"ע 1533/02 **מלכה יקים נ' המוסד לביטוח לאומי** מיום 24.11.2002).
8. סעיפים 8-10 לכתב התביעה מוכחים. החלק העובדתי טעון הוכחה כדין והמסקנות והטענות הרפואיות מוכחות, ככל שאינן עולות מהמסמכים הרפואיים בזמן אמת.
9. לאמור בסעיפים 7 ו-11-12 לכתב התביעה ישיב הנתבע, כי הנתבע פעל כדין והדחייה בדין יסודה.
10. סעיפים 13-14 מוכחים והנתבע מתנגד לאמור בחוות הדעת לרבות לאבחנות, הממצאים והמסקנות העולות ממנה. מוכחש הקשר הסיבתי, שבין הליקוי הנטען לבין האירוע הנטען

והנתבע שומר על זכותו להגיש חוות דעת רפואית מטעמו לאחר קבלת תיק המוצגים מטעם התובע ו/או חוות הדעת מטעמו אם וככול ויראה בכך צורך.

11. הנתבע יטען כדלקמן:

- א. התובע הינו עצמאי יליד 30.04.1976 עובד לטענתו בתחום הקירור ומיזוג האוויר.
- ב. ביום 17.04.2024 הגיש התובע תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה בטענה, כי ביום 29.04.2021 נפגע משאיפת גז רעיל במהלך עבודתו.
(מצ"ב תביעה לתשלום דמי פגיעה ומסומן כנספח א' לכתב ההגנה).
- ג. ביום 02/6/24 נדחתה התביעה הואיל ולתובע לא אירעה פגיעה בעבודתו כמשמעותה בסעיף 79 לחוק.
(מצ"ב מכתב הדחייה ומסומן כנספח ב' לכתב ההגנה).
- ד. אין קשר סיבתי בין הליקוי הנטען לבין האירוע הנטען והמוכחש בעבודת התובע.
- ה. התובע אינו חולה במחלת מקצוע.
- ו. המחלה ממנה סובל התובע אינה מחלה, שנובעת ממיקרורטאומה.
- ז. התובע לא הניח תשתית ראייתית להכרה בפגיעה כפגיעת מיקרורטאומה, שהינה תוצאה של פגיעות זעירות חוזרות ונשנות בעבודתו.
- ח. עבודת התובע לא השפיעה על הופעת המחלה אצלו, ולחילופין, גם אם השפיעה העבודה, הרי שהשפעה זו, הייתה פחותה בהרבה מהשפעת גורמים אחרים.
- ט. הופעת המחלה אצל התובע הופיעה על רקע מצב תחלואי טבעי ו/או מצב קודם, ולא כתוצאה מעבודתו/עיסוקו במשלח ידו.
- י. דחיית התביעה בדיון יסודה.
12. הנתבע יבהיר, כי אין בתיק חקירות ושאלונים. המסמכים המצויים בתיק הנתבע לעניין האירוע הנטען הם:
 - א. טופס התביעה ונספחיו.
 - ב. התכתבויות עם התובע וב"כ.
 - ג. טופס התייעצות עם רופא המוסד (פנימי).
 - ד. מסמכים רפואיים.
13. לאור האמור לעיל, מתבקש בית הדין הנכבד לדחות את התביעה.



רקפת וסאל, עו"ד
ב"כ הנתבע

עמוד 1 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
3/13/71	1/1	038423679
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
	0505674647	Airforce.era@mail.com

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

מע למכתבים – אם שנה מברשום במשך הפרט

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
כפרות	30			יבנה	42386

2 פרטי מקום העבודה – אם נמצא נמצא עם קורות הבריאות אצל מ"א סניף 2

שכר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	מספר פקס

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
Air force	קליניקה/מחלקה

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
כפרות	30			יבנה	42386

טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס
	0505674647	

נח 211 (09 2023)

2א' פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

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

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

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

3 תאריך הפגיעה

שנה: 2021 חודש: 04 יום: 29

היום בשבוע: ה' שעת הפגיעה: כ"ט 15:00 תאריך הפסקת עבודה: 29/04/2021 שעת הפסקת עבודה: כ"ט 19:00

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 נוסף). נא פרט יציאתי מהמסלול לא תקין. נהיגתי במהירות גבוהה. כיוון רצתי 4 יוצא ילחם יחלף בחלל אדום

האם נכחו עדים בתאונה? ☒ לא ☐ כן, פרט: _____

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

מסירת הודעה למעסיק הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון
שנה: _____ חודש: _____ יום: _____	_____	_____	_____

פרטי הטיפול הרפואי

4

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
חשיפה לגז		
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז
שנה 2021 חודש 05 יום 04 שעה		
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☐ לא ☐ כן. פרט ממה סבלת ומתי		
יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים		
פרטי הרופאים המטפלים		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל
		טלפון המרפאה

סיכום וייצוג בהגשת התביעה

5

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

פרטים על תביעה

6

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 _____

7

פירוט העיסוקים

לפני הפגיעה

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:

א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.

ב. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:

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

לאחר הפגיעה

עד תאריך <table style="margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td>שנה</td><td>חודש</td></tr> </table>									שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	מתאריך <table style="margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td>שנה</td><td>חודש</td></tr> </table>									שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה																
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש																																											
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש																																											
עד שעה <table style="margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>שעה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td></tr> </table>									שעה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	משעה <table style="margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>שעה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td></tr> </table>									שעה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	עד תאריך <table style="margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td>שנה</td><td>חודש</td></tr> </table>									שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש
שעה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה																																											
שעה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה																																											
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש																																											
עד שעה <table style="margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>שעה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td></tr> </table>									שעה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	משעה <table style="margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>שעה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td><td>דקה</td></tr> </table>									שעה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	עד תאריך <table style="margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td>שנה</td><td>חודש</td></tr> </table>									שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש
שעה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה																																											
שעה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה	דקה																																											
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	שנה	חודש																																											

☐ שהייתי 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 ☐

8

הצהרה למילוי 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 * _____

9 פרטי חשבון הבנק של התובע

כל השלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבוני הפרטי שלי:

שמות בעלי החשבון			
זרן צ'ן/צ'ן			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
ב'א'ס	כפר י"ה	675	328764

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

10 פטור ממס הכנסה - יש לציין אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ע"ב 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.

☐ 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 מושגי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, 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.

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 19/1/2024 חתימת התובע * זרן צ'ן

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	קרבה לתובע

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		@

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפוסטרופוסות, 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 למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: ה'סמין אל' הולד

שעת הפגיעה: _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: ה'סמין אל' הולד

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☒ כן בדרך כלל מועסק ב: 6 חדר

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
<u>א"א</u>	<u>תחל' במחלק ק"י</u>		
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 _____

2

שם המפעל / המעסיק _____

מספר תיק ניכויים במסד לביטוח לאומי _____

תאריך תחילת עבודה: _____ מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

היקף המשרה ב-% _____ 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

החודש, 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		לחקופה	סכום
חודש _____		☐	☐			
חודש _____		☐	☐			
חודש _____		☐	☐			
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 טופס 100: ☐ כן ☐ לא שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

דואר אלקטרוני: _____ @ _____

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

3

פרטים על השלום 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

מחלוקת העובד

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: 12/1/84 תפקיד החותם: ב"מ שם החותם: אן בן צור חתימה וחותמת * _____

5

☐ 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)

קיבוצ:

☐ 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

תאריך הפגיעה		מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
29/04/2021 שנה חודש יום		038423679	60
שם פרטי		שם משפחה	
דן		צ'ן/צ'ן	
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 אודותי.

תאריך: 19/1/84 חתימת המבוטח *



לכבוד
ערן צינצולקר
הפרחים 30
ניצני עוז 4283600

490-304-000



תיק:
38423679-61-02
כ"ה באייר, תשפ"ד
02 ביוני 2024



R RR091233674Y5

מספר תיק: 03842367-9
תאריך פגיעה: 29/04/2021

רשום

אדון נכבד,

הנדון: תביעתך לתשלום דמי פגיעה בגין קוצר נשימה

אנו מאשרים שקיבלנו את תביעתך לתשלום דמי פגיעה בגין קוצר נשימה, אולם, לצערנו, עלינו לדחותה על פי הוראות סעיף 79 לחוק הביטוח הלאומי ומהנימוקים הבאים:

על פי סעיף 79 לחוק הביטוח הלאומי, פגיעה בעבודה היא תאונת עבודה או מחלת מקצוע. "תאונת עבודה" היא תאונה שאירעה למבוטח תוך כדי ועקב עבודתו/עיסוקו במשלח ידו. "מחלת מקצוע" היא מחלה, שנקבעה כמחלת מקצוע בתקנות, והמבוטח חלה בה עקב עבודתו/עיסוקו במשלח ידו.

מבחינה רפואית לא הוכח קיום קשר סיבתי בין קוצר הנשימה לבין ארוע הנטען בעבודתך.

מחלתך התפתחה על רקע מצב תחלואתי טבעי שאינו קשור בתנאי העבודה. לפיכך, אין לראות במחלתך כתאונת עבודה.

לתשומת ליבך, הרשות בידך להגיש תובענה על החלטה זו.

את התובענה יש להגיש ב – 4 עותקים לבית הדין האזורי לעבודה ברח' הרב יצחק ניסנבויס (בת 7 בת ים 59620, בתוך שנים עשר חודשים מיום קבלת מכתב זה.

דף 2 מתוך 2

לידיעתך, יש באפשרותך לפנות לוועדת תביעות תוך 6 חודשים ממועד קבלת ההחלטה בתביעה. ועדת תביעות רשאית להמליץ לבחון שנית החלטת פקיד תביעות. לשם כך יש למלא טופס "פניה לוועדת תביעות" (ב.ל. 910).

ניתן להשיגו בסניפי המוסד לביטוח לאומי או לבקשו מהמוקד הטלפוני 6050* או באתר האינטרנט, כתובת האתר www.btl.gov.il

באפשרותך ללמוד על הוועדה ועל סמכויותיה באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.

הוועדה אינה מוסמכת לדון בנושאים רפואיים.

אין בפנייתך לוועדת תביעות כדי להאריך המועדים הקבועים בחוק להגשת תביעה לבית הדין. לידיעתך, כל התכתבות או פניה חוזרת לביטוח הלאומי, וכן פניה לסיוע המשפטי אין בהן כדי להאריך את המועד להגשת ערעור.

בכבוד רב
אסולין-וייס סנדרה
פקידת תביעות
המוסד לביטוח לאומי



העתק:
עו"ד אריאל פרייברג



**זכאות לסיוע משפטי ללא תשלום, למי שתביעתו או
עררו נדחו על ידי המוסד לביטוח לאומי**

בהתאם לסעיף 397 לחוק הביטוח הלאומי קיימת זכאות להגיש בקשה לסיוע משפטי מהלשכה לסיוע משפטי שליד משרד המשפטים.
לידיעתך! האגף לסיוע משפטי במשרד המשפטים, מספק סיוע משפטי באמצעות עו"ד, ללא תשלום, למי שתביעתו או עררו נדחו ע"י המוסד לביטוח לאומי.

הסיוע המשפטי כולל ייעוץ וייצוג בפני בית הדין לעבודה, בכפוף לכך שהאגף לסיוע משפטי יגיע למסקנה כי קיים סיכוי משפטי בעניין.

את הבקשה לסיוע משפטי ניתן להשיג בסניף המוסד לביטוח לאומי, במזכירות בית הדין לעבודה, באתר האינטרנט של משרד המשפטים שכתובתו www.justice.gov.il ובמחוז לסיוע משפטי הקרובה למקום מגוריך.

מוקד טלפוני של הלשכה לסיוע משפטי: *6405

כתובות הלשכה לסיוע משפטי:

שם המחוז	כתובת	פקס
ירושלים	רח' הסורג 1 - בית מצפה. ת.ד. 1777 ירושלים 91017	02-6467611
תל אביב - יפו	רח' הנרייטה סולד 4, תל אביב יפו 64924	02-6467717
לוד	רח' אבא הלל 13	02-6468008
חיפה	רח' פל-ים 15, קומה 11 חיפה 33095	02-6467943
באר שבע	רח' קרן היסוד 4, בית קרסו	02-6467672
נצרת	דרך קריית הממשלה 2, נוף הגליל, 1776602	02-6462532
שעות קבלת קהל בלשכות: בימים א', ב', ג', ה' בין השעות: 08.30 – 12.30 15.00 – 17.00 ביום ג' גם בין השעות ביום ד' לא מתקיימת קבלת קהל		