

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 _____
☐ שכר ☒ עצמאי ☐ מתנדב
☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי

פרטי התובע **1**
 שם משפחה **סלמן**
 שם פרטי **וסנה**
 מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) **326999257**
 סלפון קווי _____
 סלפון נייד _____
 דואר אלקטרוני: _____@_____

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 _____
 סלפון קווי _____ סלפון נייד _____

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.
 לדיעוך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות במשאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.
מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

רחוב / תא דואר _____ מס' בית _____ כניסה _____ דירה _____ יישוב _____ מיקוד _____

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 2א

שכיל/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל **עמותת אז זה**
 רחוב / תא דואר **קני יוסף הנשיא**
 מס' בית **6** כניסה _____ דירה _____ יישוב **חולון** מיקוד _____
 סלפון קווי _____ סלפון נייד _____ מספר פקס _____

036511979 | 035086860

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 _____

רחוב / תא דואר _____ מס' בית _____ כניסה _____ דירה _____ יישוב _____ מיקוד _____

סלפון קווי _____ סלפון נייד _____ סלפון פקס _____

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

צה"ל ☐ משמר הכנסת ☐ שב"ס ☐
משא"ז ☐ משטרה ☐ אחר ☐

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

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

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

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

12/2/25 16:00

11/02/25
שנה חודש יום

היכן אירעה הפגיעה?

במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐

בדרך לעבודה ☐

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

בדרך לביתך ☒ בית י.א. , שכונת יוסטל אילת 110

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

מחוץ למפעל ☐

תאונה בבניין ☐

בתאונת בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר הטופל דדתי.א. אילת
ז.ה.א. אילת תדיר 31 ינוון 25, שמהלך ירידת מהאטוואוס דדתי.א. יוסטל (סלתי ורחל תי)
תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון מספ), נא פרט שמהלך ירידת מהאטוואוס.
הנהג ז'א.א. שחוצה, אני נכאתי ירחאמי דדתי.א. תצה ורטל.

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 על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

טלפון

תפקיד

שם מקבל ההודעה

11/02/25
שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה מסיג נאליה
מקבלת טלפון מקבלת טלפון
מקבלת טלפון מקבלת טלפון

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

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

מהות התבלה
(לחגמא: שבר, פצע, חתך)

האיבר שנפגע

ד"ר מרדכי

חגמא

ימנה, זמן, צ"כ י"א

שם בית החולים / מחלקה

תקופת אשפוז

תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה

מיון וולנסון

יום

שעה

שנה חודש יום

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצינו על ידך לעיל? ☒ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים

פרטי הרופאים המטפלים

טלפון המרפאה

כתובת המרפאה
שבה טופלתי או אני מטופל

תחום המומחיות

שם הרפא

035010383

אורטופדיית כתף
כירורגיה אורתופדית
אישט"ן ס"א, ת"ש
זית יונגה, ויצמן, תל אביב

ד"ר אבי כצאס
ד"ר דא"ר איוק

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוננת ☐ בית חולים ☐ עמותה

☐ אחר

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

טלפון

כתובת

שם גורם מסייע

037412358

אלזא ה"א, רמת גן

ד"ר ארסל פרייזר

פרטים על תאונה

סוג התאונה

☒ תאונת דרכים. יש לצרף ד"ח משטרה והעונק מההודעה לתברת הביטוח.

☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר

☐ תאונה בבית ☐ שם האתר ☐ שם הקבלן המבצע

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת מיקין 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

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

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
11	20	22	20	22	25

עד שעה			משעה		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום

עד שעה			משעה		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלה יד או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

☐ משעה _____ עד שעה: 15:30☒ 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 ✕ _____

פרטי תשבון הבנק של התובע
כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטע רשומים מטה:
שמות בעלי החשבון

9

שם הבנק: ח.י.א. סקור שם הסניף / כתובתו: 827 מס' סניף: 001880724 מספר חשבון: 827
לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: ☐ אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי

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

10

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

הצהרת התובע/מגיש התביעה

11

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 ביוזעין 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 מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.
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 ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ולא עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים מספיקים 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.

ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיע בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, נדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.

תאריך: 3/3/25 חתימת התובע: VB54A

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מספר זהות: _____ ס"ב: _____ קרבה לתובע: _____

טלפון קווי: _____ טלפון נייד: _____ דואר אלקטרוני: _____

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפוסטרפסות, 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 - יחלא התובע)

פרטים על פגיעה מחוץ למפעל

☒ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל תוך כדי עבודה
 מקום הפגיעה: שטח ילדים / גן ילדים 112 כניסה שעת הפגיעה 16

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: גן ילדים

האם העובד מועסק דרך קבוצה מחוץ למפעל? ☐ לא ☒ כן בדרך כלל מועסק ב... גן ילדים

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

2. שם ת.ז.

תפקיד הנפגע במפעל: מסדרת יציאות מחוץ למפעל

שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת: שעת היציאה

שם התובע: שם הקבלן הראשי

שם הקבלן המבצע: שם הקבלן המבצע

הכנת שבה היה אמור לעבוד? הכנת שבה היה אמור לעבוד?

פגיעה בדרך לעבודה? ☐ כן ☒ לא

הסיבה ליציאה המוקדמת: הכנת שבה עבד לפני היציאה לבית

פרטי שדר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק: מספר תיק נכונים במסד לביטוח לאומי

תאריך תחילת עבודה: 11.11.18

מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

היקף המשרה ב-12 חודשי: 100%

מספר ימי העבודה בשבוע: 42

אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת היעדרות:

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, מלל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הא	שכר בחרטום החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנקבלו בשכר	שם התשלום
חודש 10	18	☒ יומי ☐ חודשי	4284.80		
חודש 11	10	☒ יומי ☐ חודשי	3597.99		
חודש 12	14	☒ יומי ☐ חודשי	3415.80		
חודש 1	13	☒ יומי ☐ חודשי	3151.80		

העובד שב לעבודה בתאריך: 11.11.18

האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? ☐ כן ☒ לא

העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☒ לא

לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: 11.11.18 סיבת הפסקת העבודה: סיבת הפסקת העבודה

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר

שובר כוכס 100: ☐ כן ☒ לא שם איש קשר לדירור פרטי שכר: מספר טלפון:

דואר אלקטרוני: חתימת המעסיק

תאריך: 11.11.18 שם והפקיד החותם: חתימה וחומתית

לד זהב שירותי תעודת זהות ועוד...
 חתימה וחומתית...
 (12.2024) 211

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (בבן ליוח הפגיעה)

☒ ק. ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 73.69

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו:

☐ לא נעבר ימי מחלה

☐ אחר

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן דמי מחלה _____
(שם הקרן)

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 _____

לר זמר שרתי סיעוד ורזוחה (נ"ר)

תאריך: 2.3.25 תפקיד החותם: סניף שם החותם: נ.ה. גלס חתימה: נ.ה. גלס
~~החתימה והחותם חייבים להיות חתומים על חוץ~~

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:

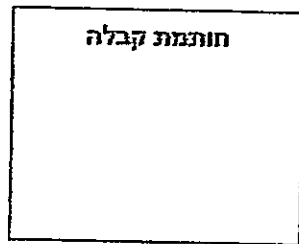
☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיצוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק והותמת * _____
(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים



תאריך הפגיעה

מספר זהות/דרכון

קוד גמלה

שנה חודש יום
25 02 11

32649425

60

שם פרטי

יסנה

שם משפחה

פלג

חבר בקופת חולים

☐ כללית ☐ מאוחדת ☒ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר

הצהרה



אני הח"מ, שפרט"י 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 או דו"ח.

תאריך 3/3/25 חתימת המבוטח * KOSA