

בס"ד

תאריך

לכבוד

גב' מירב צקיזדה

מחלקת שכר

עיריית פתח תקווה

הנדון: דיווח על תאונת עבודה ע"י העובד 3.6.17 1/1

העובד נעדר מעבודתו עקב

עד תאריך

הריני לדווח כי מתאריך
תאונת עבודה.

מספר תאונה 1 ותק בעבודה 24 שנים.

להלן תיאור המקרה:

שבעת חצרות הדתה מהעצמה, ששעה 18:50 נתי איתנו
המכשיר לאורז, שנייה החלפתי באונטז ונחלתי בלואה, מלך,
זמיר ימין, זמיר ימין, וזכר"ם

שם העובד: א. י. 25/10/20

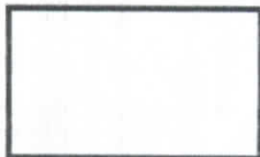
0-3573694-8 : ת.ז.

 : חתימה:

מחלקה: קונס / כולל 104

חתימת ראש העיר:

[illegible]



לשכת מנכ"ל

טופס דיווח על תאונת עבודה

לכבוד

מר מאיר סאיג
הממונה על בטיחות וגיהות

הרינו להודיעך על תאונת עבודה שפרטיה להלן:

(1) פרטי הנפגע

שם משפחה: זמירי שם פרטי: ארי ת.ז.: 0341564
כתובת מגורים: מנחם וס כתה קמחה טלפון: 0545605865
תאריך לידה: 16/7/77 תאריך תחילת עבודה: 7/2000
תפקיד: מנהל מחלקה ותק בתפקיד: _____
שם הממונה הישיר: _____

(2) פרטי התאונה

תאריך התאונה: 17/3/25 שעת התאונה: 19:50
שעת תחילת עבודה: _____ קיבל טיפול ב: 20/3/25
מקום התאונה: _____
מהות העיסוק בעת התאונה: _____
תיאור התאונה: שכרתי הייתה מהעלוצה החלפה. גולגולת עברה
שכרתי הייתה גולגולת גולגולת עברה עברה

עדים לתאונה: אין

איברי גוף שנפגעו: זרוע, כתף, זרוע

ימי היעדרות מ: _____ עד: _____

(3) פרטי ממלא הטופס

שם ממלא הטופס: ארי זמירי תפקיד: מנהל מחלקה
אגף/מחלקה: קצ"מ/כ"מ טלפון: 0545605865
חתימה: ארי זמירי תאריך: 27/3/2025

העתק: תיק בטיחות יחידה

תאריך קבלת הטופס בקופה

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 המעסיק		שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	
1		924000378	מספר תיק ניכויים
ח'מ"ח כ"ח יק"ח	מס' בת	מיקוד	מספר קווי
רחוב / תא דואר	ישוב	מספר פקס	
העיר יסע"ה	7 כ"ח יק"ח		

לכבוד קופת חולים / בית חולים _____ נא להגיש עזרה רפואית לי: ☐ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר _____

פרטי התובט שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
שם משפחה	שם פרטי	זכר ☒ נקבה ☐	ס"ב 034736945

פרטי התאונה 3

נפגע בתאריך 17/03/2015 בשעה 18:15 כאשר עבד ב _____ סוג העבודה _____

שנה חודש יום

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

כתובת מקום התאונה

תיאור התאונה

האירוע שנגרם

האירוע שנגרם

4 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 _____

איננו איגור רבינוב
מנהל אנפ רישוי וקידום עסקים
לשכת מנכ"ל
עיריית פתח תקווה

תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת x _____

תאריך 27/6/2018

(06.2020) 250 /71

עמוד 1 מתוך 8

034136945

נא ציין את מספר תעודת זהות

מס' זהות / דרכון									
סוג דפים המסמך									
0 1									

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

1 פרטי התובע

☒ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט _____

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

שם משפחה: זהר שם פרטי: נור

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר): 034136945

טלפון קווי: _____ טלפון נייד: 0545695865

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
_____	_____	_____

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתי, אם לא סימנתי "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

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

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

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל: ע"י"ת פתח תקווה

תפקיד התובע במקום העבודה: נעלם מלאכה

שם פרטי: נעלם שם משפחה: התקווה

רחוב / תא דואר: _____ מס' בית: 1 כניסה: _____ דירה: _____ ישוב: פתח תקווה 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 אמור/ה לבצע)

שם העסק: _____ סוג העיסוק: _____

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

טלפון קווי: _____ טלפון נייד: _____ טלפון פקס: _____

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

עד תאריך		מתאריך	
שנה	חודש	שנה	חודש
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך
שנה	חודש <td>שנה</td> <td>חודש</td>	שנה	חודש
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך
שנה	חודש	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 x _____

2א' פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ צה"ל	☐ משמר הכנסת	☐ שב"ס
☐ משא"ר	☐ משטרה	☐ אחר _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

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

פרטי הפגיעה		תאריך הפגיעה		היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה
היכן אירעה הפגיעה?		17/03/2025		שני	18:50		
במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק		שנה		חודש	יום		
☐ מחוץ למפעל		☐ בדרך לעבודה ☒ בדרך לביתך ☐ תאונה בבניין בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר					
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							
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		שם מקבל ההודעה		תפקיד		טלפון	
18/05/2025		מ. גל		מ. גל		מ. גל	
שנה		חודש		יום		יום	

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

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה _____ חודש _____ יום _____ 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 רצ"ב

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל	טלפון המרפאה
<u>רצ"ב מסמכים רפואיים</u>			

5 סיוע וייצוג בהגשת התביעה

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
<u>515 איילת ער"ב</u>	<u>אזא ה' 7, רמת גן</u>	<u>03 741 2358</u>

6 פרטים על תאונה

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 _____

9 פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק א.א.וו

שם הסניף / כתובתו ניח ימין, כפר תמורה

מס' סניף 240

מספר חשבון 513160/06

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

10 פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב 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 ביועצות 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 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. **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 27/03/2025 חתימת התובע א.א.וו

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ס	קרבה לתובע

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		@

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפוסטרופוסת, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

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

034136945

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

1 פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ 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 _____

2 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק _____ מספר תיק ניכויים במוסד 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

חודש, כולל 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 שנוכללו בשכר ברוטו		שם התשלום
		יומי	חודשי		לתיקופה	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, 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 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 מיטב ידיעתנו. אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

איגוד איגור רבינוב
מנהל אנף רישוי וקידום עסקים
לשכת מנכ"ל
מחוזות פלמח תקווה

תאריך 27/03/2025 תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה _____

5 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)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחזותמת **X** _____

(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

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	034136945	17/03/2025 שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	
כהן	נרי	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

2

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 אודותי.

תאריך 27/03/2025 חתימת המבוטח * נרי

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

1 פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☐ 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 _____

2 פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק _____ מספר תיק ניכיים במוסד לביטוח לאומי _____

עיריית פתח-תקוה _____

תאריך תחילת עבודה: 01-07-2001 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, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבור שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	הערה:
		יומי	חודשי		
חודש 12/2024	25.00	☒	☐	20752	השכר החייב בדמי ביטוח כולל תשלומים נוספים המיוחסים לחודשים הנדרשים לאחר הפעלת כללי הפריסה של "תשלום נוסף" כהתאם לתקנות שיטת דיווח זו אושרה ע"י המוסד לביטוח לאומי
חודש 01/2025	25.00	☒	☐	20943	
חודש 02/2025	25.00	☒	☐	21147	
חודש 03/2025	25.00	☒	☐	21220	

☐ 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, 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 לבחור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

דואר אלקטרוני: _____ חתימת המעסיק _____ תאריך 18/6/25 _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____

עיריית פתח תקוה
מחלקת שכר

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 מיטב ידיעתנו.

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

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

עיריית פתח תקווה
מחלקת שכר
ריית סחור

תאריך 18/6/25 תפקיד החותם מ. ל. כ. שם החותם ס' א. א. חתימה וחותמת

5

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)

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת X

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
מעסיקים

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות סוג דפים המסמך
	1 6

פירוט שנתי של השכר וניכויי דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות לעובד

תאריך הדפסה 18-06-2025

1 פרטי המעסיק:

שם המעסיק	מס' תיק ניכויים
עיריית פתח-תקוה	9 2 4 0 0 0 3 1 8 0 0

2 פרטי העובד:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
זהרור	נורי	0 3 4 1 3 6 9 4 5

3 פירוט שכר וניכויי דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות לשנת 2024

חודש	ברוטו לביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח בריאות	סה"כ ניכויים ביטוח לאומי וביטוח בריאות	אחוז המשרה	בסיס שכר חודשי/ ימים / שעות	פירוט הבסיס* (חודשי/ ימים/ שעות)
ינואר	22819	1101	998	2099	100.00%	חודשי	25.00
פברואר	24306	1205	1072	2277	100.00%	חודשי	25.00
מרץ	22836	1102	999	2101	100.00%	חודשי	25.00
אפריל	23000	1114	1007	2121	100.00%	חודשי	25.00
מאי	23093	1120	1012	2132	100.00%	חודשי	25.00
יוני	22989	1113	1007	2120	100.00%	חודשי	25.00
יולי	20733	955	894	1849	100.00%	חודשי	25.00
אוגוסט	21811	1030	948	1978	100.00%	חודשי	25.00
ספטמבר	21575	1014	936	1950	100.00%	חודשי	25.00
אוקטובר	21260	992	920	1912	100.00%	חודשי	25.00
נובמבר	20744	956	894	1850	100.00%	חודשי	25.00
דצמבר	20752	956	895	1851	100.00%	חודשי	25.00

4 הצהרה

- המעסיק מצהיר כי תשלומים נוספים לשכר (כגון: הבראה, ביגוד ותשלומים חד פעמיים) והפרשי תשלומים מיוחסים בהתאמה לשכר החודשי החייב בדמי ביטוח.
- המוסד לביטוח לאומי, שומר לעצמו את הזכות לבדוק בעתיד את ההכנסות ואת הניכויים עפ"י טופס 126 בהתאמה לדיווח בטופס זה.

עיריית פתח תקוה
מחלקת שכר

* מספר ימים/שעות- נתון המסכם את סה"כ ימים/ שעות העבודה בחודש כולל ימי/ שעות חופשה.
חילן טק בע"מ
שם בית התוכנה/לשכת השירות
חתימה וחותמת המעסיק



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
מעסיקים

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות סוג דפים המסמך
	16

פירוט שנתי של השכר וניכויי דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות לעובד

תאריך הדפסה 18-06-2025

1 פרטי המעסיק:

שם המעסיק	מס' תיק ניכויים
עירית פתח-תקוה	9 2 4 0 0 0 3 1 8 0 0

2 פרטי העובד:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
זהרור	נורי	0 3 4 1 3 6 9 4 5

3 פירוט שכר וניכויי דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות לשנת 2025

חודש	ברוטו לביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח בריאות	סה"כ ניכויים ביטוח לאומי וביטוח בריאות	אחוז המשרה	בסיס שכר חודשי / ימים / שעות	פירוט הבסיס* (חודשי / ימים / שעות)
ינואר	20943	1018	935	1953	100.00%	חודשי	25.00
פברואר	21147	1032	947	1979	100.00%	חודשי	25.00
מרץ	21220	1036	950	1986	100.00%	חודשי	25.00
אפריל	22396	1119	1012	2131	100.00%	חודשי	25.00
מאי	22794	1147	1033	2180	100.00%	חודשי	25.00
יוני							
יולי							
אוגוסט							
ספטמבר							
אוקטובר							
נובמבר							
דצמבר							

4 הצהרה

- המעסיק מצהיר כי תשלומים נוספים לשכר (כגון: הבראה, ביגוד ותשלומים חד פעמיים) והפרשי תשלומים מיוחסים בהתאמה לשכר החודשי החייב בדמי ביטוח.
- המוסד לביטוח לאומי, שומר לעצמו את הזכות לבדוק בעתיד את ההכנסות ואת הניכויים עפ"י טופס 126 בהתאמה לדיווח בטופס זה.

עירית פתח תקוה
מחלקת שכר

* מספר ימים/שעות- נתון המסכם את סה"כ ימים/ שעות העבודה בחודש כולל ימי/ שעות חופשה.

חילן טק בע"מ
שם בית התוכנה/לשכת השירות

חתימה וחותמת המעסיק