

עמוד 1 מתוך 10

12/8/19

ותאריך הפגיעה 57843021

נא ציין את מספר תעודת זהות

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך									
דפים									

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)

המוסד לכיסות לאומי מינהל הגמלאות פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

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

שם פרטי שם משפחה	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) תאריך עלייה
שם פרטי שם משפחה	תאריך לידה שנה חודש יום

מצב משפחתי: ☐ רווק/ה ☐ אלמנה ☐ פרווזה ☒ נשוי/אה	כתובת (הרשומה במשרד הפנים) מס' בית רחוב / תא דואר
מיקוד יישוב דירה	טלפון קווי טלפון נייד

מיקוד יישוב דירה	מס' בית רחוב / תא דואר
------------------------	---------------------------

טלפון קווי טלפון נייד	תפקיד התובע במקום העבודה מיקוד
מס' פקח ק.נ, פרט:	שם מעסיק/ מפעל רחוב / תא דואר מספר בית

טלפון קווי טלפון נייד	מיקוד יישוב
מס' פקח ק.נ, פרט:	שם העסק רחוב / תא דואר מספר בית

נא ציין את מספר תעודת זהות 57843021 ותאריך הפגיעה 12/9/19 עמוד 2 מתוך 10

פרטי מקום העבודה - כותרת הביטחון

'N2

פרט מקום חלוקה

מקום השירות _____
צה"ל ☐

משמר הכנסת ☐ משא"ז ☐ שב"ס ☐

משטרה ☐ אחר ☐

רחוב / תא דואר _____ מספר בית _____ יישוב _____ מיקוד _____

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____ מס' פקס _____

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 הדחייה.

פרטי הפגיעה

3

פרטי הפגיעה
תאריך הפגיעה: 12/09/2019
שנה: 19 חודש: 09 יום: 12

היום בשבוע: 3 ק"א
שעת הפגיעה: 01:50

שעת הפסקת עבודה: _____
שעת הפסקת עבודה: _____

דין אירעה הפגיעה?
☒ במהלך העבודה: ☒ במפעל/בעסק ☐ מחוץ למפעל

☐ מחוץ למפעל ☐ מחוץ למפעל

☐ תאונה בבנין ☐ תאונה בבנין

בתאונת 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
אני מילא את הטופס הזה כיצד נגרמה הפגיעה ומה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף). נא פרט
אני מילא את הטופס הזה כיצד נגרמה הפגיעה ומה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף). נא פרט

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

שם: _____ כתובת: _____ מספר טלפון: _____

שם: _____ כתובת: _____ מספר טלפון: _____

האם מדובר בתאונת דרכים? ☐ לא ☐ כן, אם כן, נא למלא חלק 6 בעמוד 4

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה
תאריך מסירת ההודעה: 19/09/2019
שנה: 19 חודש: 09 יום: 19

שם מקבל ההודעה: _____ תפקיד: _____

יגב מלך

(02.2019) 211 /73

עמוד 3 מתוך 10

12/09/19

ותאריך הפגיעה

52847021

נא ציין את מספר תעודת זהות

4

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

האיבר שנפגע: מחיר יד ימין

מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך): ד"ר / נימית / קרייט / איג

מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם התפא/שירות רפואי): מחלקה / מחלקה

שם בית החולים / מחלקה: מחלקה / מחלקה

תקופת אשפוז: שעה

תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה: שנה חודש יום

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

פרט: _____

קופת חולים שבה אתה חבר:

☒ כללית ☐ לאומית

☐ מכבי ☐ מאוחדת

☐ אחר _____

פרטי הרופאים המטפלים:

שם הרופא: ד"ר / נימית / קרייט / איג

תחום המומחיות: מחלקה / מחלקה

כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל: מחלקה / מחלקה

טלפון המרפאה: 08-8589200

5

מידע בהגשת התביעה

האם תביעתך חוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ כן ☒ לא

הגוף המסייע: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים

שם הגוף המייצג או המסייע: _____

12/9/19

ותאריך הפגיעה

57843021

נא ציין את מספר תעודת זהות

6

פרטים על תאונת דרכים

האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה?

☒ לא ☐ כן

(אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)

1

האם נפגעת בהיותר:

2

סוג הרכב המעורב בתאונה:

3

הרכב בבעלות:

4

במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה

פרטי הנהג שם ומשפחה

5

שם ומשפחה

נוסעים נוספים ברכב:

שם ומשפחה

האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח?

☐ לא ☐ כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח

6

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג'?

שם העו"ד המטפל

תביעה נגד

כתובתו

טלפון

7

התביעה הוגשה בבית המשפט

השלום

המחוזי בעיר

מס' תיק אזרחי

דואר אלקטרוני

פקס

מספר התיק במשטרה

טיפול בתאונה תחנת משטרה ב-

נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)

מספר רישוי

אופנוע

טרקטור

מונית

אחר, פרט

*לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב.

פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם)

רכב ציבורי ☐ אחר

ומספר הקו

מספר זהות / דרכון

ס"ב

מספר זהות / דרכון

ס"ב

מספר זהות / דרכון

ס"ב

מס' פוליסה

שם חברת הביטוח

נא ציין את מספר תעודת זהות_

7

☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

8

☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

☐ עבודה במשמחת

12/09/19

ותאריך הפגיעה 57843021

נא ציין את מספר תעודת זהות

9

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)

מה תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבוצעה בפועל) מנהל

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) במשרד

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) אין לי עבודה

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים כן
תאריך 10/11/19 שם פרטי ומשפחה אילן רמיהם חתימה X

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
אילן רמיהם	מס' סניף	985	19864/59

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי
אני מסכים שהבנק הנ"ל 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 מושבי התשלומים.

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

תאריך 10/11/19 חתימת מקבל התשלום X אילן רמיהם

11

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

עמוד 7 מתוך 10

12/09/19

ותאריך הפגיעה

10/11/19

נא ציין את מספר תעודת זהות

הצהרת התובע/ת הש התביעה

12

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 בידועין 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי 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.

חתימת התובע * 10/11/19

תאריך 10/11/19

פרטי מגיש התביעה שאינם הנפגע

קרבה לתובע

מספר זהות
ס"ב

שם משפחה

שם פרטי

☐ אני מאשר קבלת מכתבים

באינטרנט

דואר אלקטרוני:

@

טלפון נייד

טלפון קווי

מאשר קבלת הודעות SMS ☐ כן ☐ לא

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

אם התביעה נחתמה בחודמות אצבע, נא פרט:

מספר זהות
ס"ב

שם העד לחתימה

אלפר נחמיה

עמוד 8 מתוך 10

12/09/19

512843021 ותאריך הפגיעה

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

פרטים על פגיעה מחוץ למפעל או למפעל

13

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

תפקידו	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	תפקיד הנפגע במפעל
שעת היציאה			
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 _____			

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

14

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי _____
שם המפעל / המעסיק _____
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 היעדרות _____
ממת' _____ עד מת' _____
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	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים ששולמו בשכר ברוטו	שם התשלום
		יומי	חודשי			
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____

העובד שב לעבודה בתאריך _____ 13.9.19
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 כמפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה: _____ חתימת המעסיק _____
שם בית התובע או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____
חתימת המעסיק _____ תאריך _____ 4.11.19 שם ותפקיד החותם _____

חצר המלכה
ארועים 1999 בע"מ
ח.פ. 512810839

חצר המלכה
ארועים 1999 בע"מ
ח.פ. 512810839

אשרי רחמי

עמוד 9 מתוך 10

12.9.19

5784302 ותאריך הפגיעה

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

15

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

63

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)

הצהרת המעסיק

16

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל:
נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה.

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

תאריך: 4.11.18 תפקיד החותם: חתם שם החותם: חתמה וחותמה

חבר המלכה
אנועים 1999 בע"מ
512810839

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

17

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך עד תאריך ושלמנו 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 במסח הישן)

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח

X חתימת המעסיק וחותמת

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

תאריך 24/10/2019

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל		אנאקי רחמים	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ז
הירדן	00-05784302-1	57.01	02/10/1962
קריית מלאכי	מס בית	8	08 - 8609329
ישוב	רחוב	טלפון	טלפון נוסף
		טלפון	055 - 6644686

תאריך תאונה: 12/09/2019

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

אבחנות	איפיון	אבחנה
קוד	7	OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION
		CONTUSION RT WRIST

הטיפול שביתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 12/09/2019 עד יום 19/10/2019 (בכלל) סה"כ 38 ימים

24/10/2019

24/10/2019

ת. הבדיקה

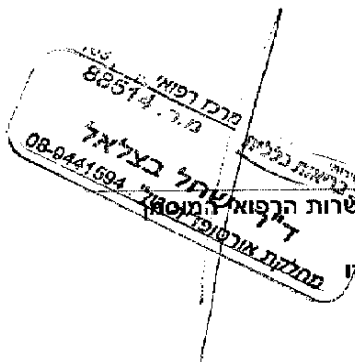
תאריך מתן התעודה

ד"ר שחל בצלאל

חותמת המרפאה

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד





המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה

לשימוש המוסד לביטוח לאומי

מס' זהות									
16		כוג		דפים					
המסמך									

תאריך הדפסה 04/11/2019

פרטי המעסיק:

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים
חצר המלכה בע"מ	926353160

פרטי המבוטח:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
אנאקי	רחמים	057843021

(חופק בשנת מס 2019)

פירוט שכר וניכויי דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות לשנת 2018

חודש	ברוטו לביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח לאומי	ניכוי דמי ביטוח בריאות	סה"כ ניכויים ביטוח לאומי וביטוח בריאות	אחוז המשרה	בסיס שכר	פירוט הבסיס
							חודש / ימים / שעות
ינואר	1687.00	6.75	52.30	59.05	15.4	שעתי	29
פברואר	1687.00	6.75	52.30	59.05	15.4	שעתי	29
מרץ	2977.00	11.91	92.29	104.20	15.4	שעתי	29
אפריל	2977.00	11.91	92.29	104.20	15.4	שעתי	29
מאי	1687.00	6.75	52.30	59.05	15.4	שעתי	29
יוני	1687.00	6.75	52.30	59.05	15.4	שעתי	29
יולי							
אוגוסט							
ספטמבר							
אוקטובר							
נובמבר	941.00	3.76	29.17	32.93	7.7	שעתי	14
דצמבר	1412.00	5.65	43.77	49.42	100.0	חודשי	4

- המעסיק מצהיר כי תשלומים נוספים לשכר (כגון: הבראה, ביגוד ותשלומים חד פעמיים) והפרשי תשלומים מיוחדים 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.

שם בית התוכנה/לשכת השרות

הצהרה
אני מצהיר/ת
בשם המעסיק
הוא/היא
512810839
1999
בע"מ



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה

לשימוש המוסד לביטוח לאומי

מס' זהות									
1	6								
סוג המסמך		דפים							

תאריך הדפסה 04/11/2019

פרטי המעסיק:

שם המעסיק	מספר תיק ניכויים
חצר המלכה בע"מ	9 2 6 3 5 3 1 6 0

פרטי המבוטח:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
אנאק	רחמים	0 5 7 8 4 3 0 2 1

פירוט שכר וניכויי דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות לשנת 2019 (הופק בשנת מס 2019)

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
ינואר	1411.70	5.00	44.00	49.00	100.0	חודשי / ימים / שעות	4
פברואר	1410.73	5.00	44.00	49.00	100.0	חודשי / ימים / שעות	4
מרץ	1411.25	5.00	44.00	49.00	100.0	חודשי / ימים / שעות	4
אפריל	1411.25	5.00	44.00	49.00	100.0	חודשי / ימים / שעות	4
מאי	1411.25	5.00	44.00	49.00	15.4	שעתי / ימים / שעות	29
יוני	1411.24	5.00	44.00	49.00	15.4	שעתי / ימים / שעות	29
יולי	2630.52	10.00	82.00	92.00	15.4	שעתי / ימים / שעות	29
אוגוסט	2630.00	10.00	82.00	92.00	15.4	שעתי / ימים / שעות	29
ספטמבר	1307.00	5.00	41.00	46.00	15.4	שעתי / ימים / שעות	29
אוקטובר							
נובמבר							
דצמבר							

- 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 סופס 126 בהתאמה לדיווח בטופס זה.

שם בית התוכנה/לשכת השרות

הת/מנהל המעסיק

חצר המלכה
ת.פ. 512810839
1999 בע"מ

מ/100 (01.2010)

שם העובד/ת: אנאקי רחמים 050
 מספר זהות: 057843021
 סוג משרה: ☐ יחידה/מלאה ☒ חלקית ☐ יומית
 י"ע לשבוע: 5 ש"ע ליום: 8.58
 תאריך תחילת עבודה: 01/06/14
 תאריך סיום עבודה: 12/09/19

פירוט שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת עבודתו/ה:

שנה/חודש	השכר החייב במס	השכר החייב ביטוח דמי	דמי ביטוח ודמי בריאות שנוכו	בסיס שכר	שעות עבודה	מספר ימי עבודה בשכר	מספר ימי עבודה לא שולם השכר הסיבה
09/19	1307	1307	46	שעתי	28.57	3.0	
08/19	2630	2630	92	שעתי	28.57	3.0	
07/19	2631	2631	92	שעתי	28.57	3.0	
06/19	1411	1411	49	שעתי	28.57	3.0	

לא שולם שכר נוסף או הפרשי שכר בתקופה המפורטת לעיל.

בחודש 09/19 שולם לעובד עד תאריך הפגיעה (12/09/19) שכר מסד ש"ח.

חצר המלכה
 תל אביב
 512810839
 ח.פ. 0999
 ח.מ. 0999

הצהרת המעסיק: אני מאשר את נכונות הפרטים באישור זה.

נא ציין את מספר תעודת זהות 57843021 ותאריך הפגיעה 12/04/19 עמוד 10 מתוך 10

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1 פרטים אישיים

תאריך הפגיעה <u>12/04/19</u> שנה חודש יום	מספר זהות/דרכון <u>01571843021</u>	קוד גמלה <u>60</u>
שם פרטי <u>רחמי</u>	שם משפחה <u>סלוק</u>	חבר בקופת חולים ☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר

2 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 אודותי.

תאריך 12/04/19 חתימת המבוטח * רחמי סלוק