



טופס למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה (בל/ 250)
מעסיק נכבד, נא עיין בדבריו הרשום שמעבר לך לפני מתן הטיפול לעובד

073-2369642	353021901	מחלקת המבחן
0356114047		90 ימים

בית חיים

אז ילדי יורה רבאית כ ייב כ יתבב כ יתבב כ

3674656710		nsic	13/15
------------	--	------	-------

מחיר אימון										36	קניית 2
0546518006										0	

14072019
1000
מספר תעודת זהות
מספר תעודת זהות

☐ תרומה המיועדת
☐ תרומה למימון
☐ תרומה למימון

ה'תש"ו, ארבע עשרה יום

המלך נשקף והתחנן ביום שלום, חתן כפי בלמה סמל מנהל

(מקורו באספר) (פ. תת. פ.)

2016.03.27, 13:30 (13:30) (13:30)

22/5/27

א"י 1918

הפירוט על הפוסד הרבאי

☐ המנוח חבר בקופת חולים וא צירוף שם הקופה) ☐ בריתות ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ האומית
☐ המנוח אינו חבר בקופת חולים
☐ מרחק התאמה ואכסנות רבואית)

✓ עובד שנפגע בעבודתו (גם אם הפגיעה אירעה בדרכו הישירה לעבודה וממנה) זכאי לטיפול רפואי על חשבון הביטוח הלאומי.

✓ כדי לקבל טיפול זה עליך, כמעביד, לציידו בטופס המצורף. הטופס צריך להחתם על ידי המעביד או בא כוחו המוסמך, ויימסר רק לעובדי המפעל שנפגעו בעבודה. אין למסור טופס זה במקרים של נחילה רגילה או לאנשים שאינם עובדיך במפעל.

מסירת טופס שלא כדין תחייב אותך בתשלום תמורת הטיפול הרפואי.

✓ עליך למלא בדיוקנות את כל הפרטים שבטופס ובמיוחד להקפיד על מילוי נכון של מספר הזהות של העובד, מספר תיק מעסיק, תאריך ושעת התאונה ושם קופת החולים בה הוא חבר.

✓ מצויד בטופס יפנה הנפגע לשם קבלת הטיפול הרפואי לקופת חולים בה הינו חבר (שירותי בריאות כללית, קופ"ח לאומית, קופ"ח מאוחדת, מכבי שירותי בריאות).

✓ רק במקרה של צורך דחוף ולשם הגשת עזרה ראשונה בלבד, מותר להפנות את הנפגע לחדר מיון או לרופא הקרוב. המשך הטיפול הרפואי יינתן אך ורק על ידי השירות הרפואי אשר יחזיר לנפגע את הוצאותיו בעד הטיפול הראשון. אין מחזירים הוצאות בעד כל טיפול נוסף שניתן על ידי שירות רפואי לא מוסמך.

✓ לא יוחזרו הוצאות טיפול רפואי פרטי.

✓ טופס זה אינו מהווה אישור הכרה בתאונה כפגיעה בעבודה, ההחלטה אם התאונה הינה תאונת עבודה היא בידי המוסד לביטוח לאומי.



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

עפ"י חוק הביטוח הלאומי - ביטוח נפגעי עבודה / מתנדבים

חובה לצרף לטופס זה

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה (מקום בלב), או דו"ח חדר מיון/סיכום מחלה מבית החולים או כל מסמך אחר המעיד על הנזק הרפואי שגרם להיעדרותך מהעבודה.

כיצד יש להגיש את התביעה

עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.

תביעות של עובדים, אשר מעבידיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 (מעביד שיש לו הסדר עם המוסד לתשלום דמי פגיעה ישירות לעובד), ימסרו ע"י המעביד.

את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 12226050.

לידיעתך - על פי חוק, לא תשולם הקצבה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (אחורה) מיום הגשתה.

ניתן להיעזר באתר המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il

חובה לחתום על טופס התביעה

תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה
עפ"י חוק הביטוח הלאומי - ביטוח נפגעי עבודה / מתנדבים

מסי זכות / דרכין

סיג

דפים

המסמך

פיצול

0 1

חותמת כניסה

☐ תאוונה בעבודה	☐ שכיר	
☐ מחלת מקצוע	☐ עצמאי	
☐ ג. פרטי הנפגע	☐ מתנדב	
	☐ הכשרה מקצועית	

א. פרטי הנפגע

שם משפחה		שם פרטי		מ.ז. / דרכון- חובה לזרף צילום דרכון	
13/15		אלה		30/76/56/71/0	
מיון	תאריך לידה	תאריך עליה		מסב משפחות	
19/8/5	19/9/03	11/07/19		☐ חתונה ☐ נישואים ☒ נישואים ☐ גירוש/ה ☐ גירוש/ה ☐ ידוע/ה בציבור	
רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
אנה	36			קרית ח	82000
מספר טלפון	מספר טלפון נייד		תא דואר	עיר	מספר אישי בצדקה
0546518006	0		0		

ב. פרטי מקום העבודה

שם המועד / המסלול / מקום העבודה		תפקיד התובע במקום העבודה		מספר טלפון	
מספר בית		יישוב		מספר טלפון נייד	
רחוב					
האם יש קירבה משפחתית בינך לבין המועבד					
☒ לא ☐ כן, מהי _____					
שם העסק		סוג העיסוק		מספר טלפון	
מספר בית		יישוב		מספר טלפון נייד	
רחוב					

ג. פרטי הפגיעה:

תאריך הפגיעה שנה 9 חודש אדר יום 14

היום בשבוע א שעת הפגיעה 10" תאריך הפסקת העבודה 14/7/19 שעת הפסקת העבודה 10"

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל ☐ מחוץ למפעל

☒ בדרך לעבודה ☐ בדרך לביתך

הכתובת בה אירעה הפגיעה _____

תאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף)

במסלול צולם איז "פורה" (היא) בזמן משחק ואחר כך קרה קצרה
יציינית, במהלך המעשה (החנות) בזמן שאם במסלול, כחצי
שליש אחר, שהיה מאחורי צולם יתקש הי (מסלול) אשול (באשר)
במסלול

שמות העדים לפגיעה

☐ לא נכחו עדים ☐ כן נכחו עדים שם _____ כתובת _____

☐ כן נכחו עדים שם _____ כתובת _____

האם מדובר בתאונת דרכים ☒ כן ☐ לא

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך

אם מדובר בליקוי שמועה - חובה לצרף בדיקת שמועה מקצועית

אם כן, נא למלא חלק זה בעמוד הבא

מייסדות "צ"ח"ל" במימונים ומשפטים

פרטי הפניעה	מסירת הודעה למעביד על הפניעה	תאריך מסירת ההודעה	14/7/19
	למי נמסרה ההודעה	אורי גמור - מחלקת	תפקיד מקבל ההודעה
אם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לנזיקין, אנא השב על שאלה 8 בחלק ה.			

ד. פרטי טיפול רפואי

טיפול רפואי	האיבר שנפגע	זר, צוואר, כתף, שריר	מסירת החברה (לדוגמה שבר, פצע)	חבלה. חתך ימין בצוואר וכתף ושריר
	תאריך קבלת הטיפול הראשונה	19.7.14	מי טיפל לראשונה בפגיעה	מ"ר
	תקופת אשפוז	לא אשפוז	שם הרופא / השירות הרפואי	סוריקה
	קופת החולים בה הינך חבר	אמ"א	שם המרפא	מנקה
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך היום				
כן ☒ לא ☐ פרט (במקרה של כן)				

ה. פרטים על תאונת דרכים

תאונת דרכים	1. האם נמסרה הודעה למשטרה	כן ☒ לא ☐ (במידה וכן חובה לצרף דו"ח משטרה)
	התאונה סופלה ע"י תחנת משטרה ב-	קריית גת
	2. התאונה ארעה בדרך לעבודה	כן ☐ לא ☐ תוך כדי עבודה ☒ לא ☐ בדרך למקום מגורים ☐ כן ☐ לא ☐
	3. האם נפגעת בהיותך:	הולך רגל ☐ נוסע ברכב ☒ נהג ברכב ☒ (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)
	4. שם הנהג	אליהו יצחק
	5. בעלות הרכב:	האם הרכב בבעלות מקום העבודה ☐ לא ☒ כן ☒ האם מדובר בהסעה מאורגנת של מעסיקך: ☒ לא ☐ כן ☐ האם הרכב בבעלות פרטית: ☒ לא ☐ כן, אם כן: שם בעל הרכב _____ מס' הזהות _____
	6. מספר רישוי הרכב / המלגה / הטרקטור / אופניים (סמן בעיגול) שהיה מעורב בתאונה	15140201
	7. שם חברת הביטוח וכתובתה	אילון - אגא הול סלר 12 תל אביב
	מס' פוליסת ביטוח	86-64-423511/18
	8. האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בגין התאונה	כן ☐ נגד ☐ לא ☐ א"א יוצא
פרטים על משרד עו"ד המספל - שם עורך הדין: _____ כתובת: _____		
מס' טלפון: _____		

1. פירוט העיסוקים

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת נא סמן הסיבה ☐ מחלה ☐ אבטלה ☐ מילואים ☐ חופשה ☐ אחרת ☐ עבדתי אצל מעבידים נוספים נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל ☐ חזרה לעבודה ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ מיום <u>14/7/19</u> עד יום <u>1/9/19</u> לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה ☐ מיום _____ עד יום _____ שהייתי בעסק / בעבודתי משעה _____ עד שעה _____ ☐ מיום _____ עד יום _____ שהייתי בעסק / בעבודתי משעה _____ עד שעה _____ ☐ חזרתי לעבודה מלאה ביום <u>1/9/19</u>		פרטי עיסוק ופרטי מניעה
נא צרף אישורים <u>16⁰⁰</u> עד שעה <u>8³⁰</u>		
הצהרה: אני מצהיר בזה כי שעות עבודתי במשלתי ידו או בעבודתי לפני הפגיעה היו משעה _____ עד שעה _____		
☐ מיום _____ עד יום _____ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה		
☐ מיום _____ עד יום _____ שהייתי בעסק / בעבודתי משעה _____ עד שעה _____		
☐ מיום _____ עד יום _____ שהייתי בעסק / בעבודתי משעה _____ עד שעה _____		

2. מקום תשלום

כל תשלום שיוגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי, בקשר לתביעתי זו, אבקש להעבירו לזכות חשבוני דחלקי:				פרטים כלליים
שמות בעלי החשבון <u>א"ר 15/19</u>	שם הסניף/כתובתו <u>קריה 2</u>	סוג החשבון ☒ פרטי	שם הבנק <u>א"ר</u>	
מספר הסניף <u>927</u>	מספר החשבון <u>325396/97</u>	קניין ☐	לחבר קניין או מושב שיתומי: ☐ אני מבקש להעביר את התשלום לחשבון הקניין ☐ לחשבון פרטי שלי.	

3. פטור ממס הכנסה

☐ עיור או נכה 100% ☐ פטור חלקי - מצ"ב אישור לפיו אני זכאי לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

4. הצהרה

אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו על-ידי בתביעתי זאת הינם נכונים. ידוע לי כי מסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהוונים עבירה על החוק והנני תובע תשלום דמי פגיעה כחוק.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או בחלקו שולם בטעות או שלא כדין. וכן ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים כאמור. אני השותפים לחשבון מתחייבים להשתמש בכספי הגמלה שהופקדו לחשבון עבור מקבל הגמלה.

תאריך 8/9/19 חתימת התובע X [חתימה]

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומספר זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעות אצבע נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

לשימוש המוסד בלבד

קוד ביטוח ☐	תיק מעביד <u>9</u>	שע"פ 328 ☐ יש עילה ☐ אין עילה	קוד ☐ סוג הפגיעה
--	----------------------------------	--	---

למילוי ע"י המעביד אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי, ימולא ע"י הנפגע)
י. פרטים על תאונה מחוץ לעסק או למפעל.

☐ התאונה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה מקום הפגיעה _____

המקום בו היה על הנפגע לעבוד או בו עבד הנפגע ביום התאונה _____

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכתלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב _____

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן שמם _____

תפקיד הנפגע במפעל _____ מטרת יציאתו מחוץ למפעל _____

שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת _____ תפקידו _____

שעת היציאה _____ שעת החזרה הצפויה _____

☐ תאונה בדרך לעבודה, באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה _____ איזו משמרת _____

האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש? ☐ לא ☐ כן

☐ תאונה בדרך הביתה, באיזו שעה סיים את העבודה _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ לא ☐ כן

הסיבה ליציאה המוקדמת _____

יא. פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעביד _____ מספר תיק מעביד במוסד _____ 9

בפרטי השכר יש לכלול את כל רכיבי השכר. את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו יש לפרט גם בתור נפרד.

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	היקף המשורה בי %	מספר הימים עבורם שולם השכר	מספר ימי העבודה בשבוע	העובד הוא יומי חדשי	שכר בריטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בשי"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר בריטו לתקופה	שם התשלום
חודש _____	_____	_____	_____	☐	_____	_____	_____
חודש _____	_____	_____	_____	☐	_____	_____	_____
חודש _____	_____	_____	_____	☐	_____	_____	_____
חודש _____	_____	_____	_____	☐	_____	_____	_____

☐ תאריך התחלת העסקת העובד _____ מעמד העובד ☐ סבוע ☐ ארעי

☐ העובד ממשיך להמנות על עובדי המפעל ☐ כן ☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך _____

☐ העובד שב לעבודה ביום _____ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ העובד נעדר מהעבודה בחודשים הנ"ל בתקופות _____ מהסיבה _____

יא1. פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעביד/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעביד - נכון ליום התאונה

☐ כן, ציין מסי הימים העומדים לזכותו עד ליום התאונה _____

☐ לא ☐ העובד נוצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה _____

שם הקרן _____

יב. הצהרת המעביד

הצהרה: אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שנמסרו על ידי העובד ועל ידינו בטופס התביעה הם נכונים לפי מידענו פרט ל: נא למרש את ההסתייגויות - אם ישנן - לגבי הפגיעה.

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

תאריך	תפקיד החתום	שם החתום	חתימה (חותמת) X
-------	-------------	----------	------------------------

יג. פרטים משלימים

☐ העובד זכאי לפטור בשעור 100% ממס הכנסה

מעביד מורשה לפי תקנה 22:

☐ הנייל נכלל בהרשאה ונעדר מיום עד יום _____ ושלמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ הנייל אינו נכלל בין העובדים שלגביהם נתנה הרשאה לחברה / למפעל.

מעביד מאושר לפי סעיף 343: ☐ אני מעביד מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן).

קיבוץ: ☐ הנייל חבר קיבוץ מופיע בקוד סוג ביטוח _____ ☐ הנייל אינו חבר - מופיע בקוד סוג ביטוח _____

X

חתימת המעביד וחותמת
(רק במקרים של פרטים משלימים)

ויתור על סודיות רפואית

המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

סניף _____

תאריך _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____

הגר ב- _____ מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ואם כל מידע אחר שידרש על-ידם ואם כל מסמך רפואי אודותי.

שם הרופא המטפל _____ חתימה ☒ _____

ויתור על סודיות רפואית

המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

סניף _____

תאריך _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____

הגר ב- _____ מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ואם כל מידע אחר שידרש על-ידם ואם כל מסמך רפואי אודותי.

שם הרופא המטפל _____ חתימה ☒ _____

ויתור על סודיות רפואית

המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

סניף _____

תאריך _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____

הגר ב- _____ מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ואם כל מידע אחר שידרש על-ידם ואם כל מסמך רפואי אודותי.

שם הרופא המטפל _____ חתימה ☒ _____

המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

סניף _____

תאריך _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____ חבר קופ"ח _____

הגר ב- _____ מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ואם כל מידע אחר שידרש על-ידם ואם כל מסמך רפואי אודותי.

שם הרופא המטפל _____ חתימה ☒ _____

נא ציין את מספר תעודת זהות 3 0 7 6 5 6 7 1 0 ותאריך הפגיעה 14.07.2019 עמוד 8 מתוך 10
למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

13

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☒ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: _____ כביש 6 ליד בורה _____ שעת הפגיעה: 10:00

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____ ביקורת בקייט רינג דליקייט

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
תזונאית	ביקורת		
שעת היציאה	שעת החזרה הצנייה		

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

☒ פגיעה בדרך לעבודה: באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? 8-9 _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____ בעומר

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

14

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

מספר תיק ניכויים במסגרת לביטוח לאומי _____ שם המפעל / המעסיק _____

א.מ.ג.א.ס מנפאואר גרופ סלושנס _____

תאריך תחילת עבודה: 07/08/2017 מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☒ חודשי

מספר ימי העבודה בשבוע: _____ היקף המשרה ב-%: _____

☐ 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, הפרשים או המענקים ושולמו 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 שנקלו בשכר ברוטו	
		יומי	חודשי		לונקופה	סכום
חודש 07/19	9	☒	☐	6098		
חודש 06/19	מלא	☒	☐	10680		
חודש 05/19	מלא	☒	☐	10994		
חודש 04/19	21	☒	☐	11233		

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ האם היו שינויים בשכר השבד 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: חתימת המעסיק _____ וזרגל _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____

חתימת המעסיק _____ תאריך 23.09.19 שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____

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

15

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

28.5

☐ 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 ההסתיוגויות, אם ישנן, בעמין הפגיעה.

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל/ במקום העבודה בזמן הפגיעה בעמית אס. (נפוצה מזה טולקס) בעמית
תאריך 23.09.19 תפקיד החותם שם החותם חותמה וחזמת

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 ושלחנו 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 וחזמת *

(נדרש רק במקרים שד פרטינו משלימים)

סניף: סניף קרית גת מיכה

מיכה 8 קרית גת

טלפון: 08-6879888

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

זולדן	אלה	איגור	1-30765671-0
המשפחה	השם	שם האב	מס. הזהות
כתובת הנפגע:	מבוא לבנה 36 ק.גת	שנת הלידה:	85
אם ג'י.אס.	מנפאואר גרופ סולושן	14/07/2019	10:00
שם המעביד	תאריך הפגיעה	שעת הפגיעה	
כתובת המעביד:	יגאל אלון 90 ת"א		
נהיגה בדרך לעבודה	ות.דרכים		
ההתעסקות בשעת הפגיעה	וגורם הפגיעה		
14/07/2019	מיון סורוקה	14/07/2019	ד
נמצא בטיפולנו מ-	ריפוי ראשון ניתן על ידי	בתאריך	ומתופא כעת ב-

אבחנה : CERVICALGIA [PAIN IN NECK] :צ: שמאל
אבחנה : CONTUSION OF SHOULDER AND UPPER ARM :צ: שמאל
אבחנה : WHIPLASH INJURY :צ: שמאל

כתוצאה מהפגיעה הוא אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

במשך 6 ימים היינו מיום 14/07/2019 עד יום 19/07/2019 (בכלל)

פרטי הרופא המפיק: ד"ר חלמיצר יבגניה, מ.ר. 29327, רפואת משפחה

חתימת רופא השרות המוסמך

15.07.19

תאריך הבדיקה

16/07/2019

תאריך מתן התעודה

ד"ר חלמיצר יבגניה, רפואת משפחה

שם הרופא המטפל

חותמת המוסד

חתימת המשרד

הזכות לגימלה נקבעת על-ידי המוסד לביטוח לאומי ואין התעודה מקנה
זכות זו. תעודה זו תימסר לנפגע בשביל המוסד לביטוח לאומי

תיאור התאונה.....: במהלך הנהיגה הבחינה ברכב שבלם בפתאומיות, תוך כדי בלימה סטטה

טיפול קודם.....: נבדקה וטופלה במיון של בית החולים סורוקה

המימצא הקליני.....: רגישות במישוש באזורי חבלה עם הגבלה בתפקודה

סוג הצילום.....: ע"ש ת. צילום: 14/07/2019

ממצא בצלום.....: ללא עדות לשברים

הטיפול שניתן על-ידינו.....: משככי כאבים, פיזיותרפיה

הערות.....: מעקב אורתופדי

חתימת הרופא

16.07.19

תאריך

טופס 01-221 400+25+5 7/93 א.ר.ז.

(CHHDTRTA)

מקור

תאריך הדפסה: 21/07/19

מספר 1-30765671-0
תעודת זהות

קופת חולים לאומית

סניף: סניף קרית גת מיכה
מיכה 8 קרית גת
טלפון: 08-6879888

ת ע ו ד ה ר פ ו א י ת נ ו ס פ ת ל פ פ ג י ע ה ב ע ב ו ד ה

זולדן	אלה	איגור	
המשפחה	השם	שם האב	
שם המעביד	אס.ג'י.אס.	מנפאואר גרופ סולוש	
כתובת המעביד	יגאל אלון 90 ת"א		

תוצאות הבדיקה

אני מאשר כי הנפגע הנ"ל סובל מ:
 אבחנה: WORK ACCIDENT-OBSERVATION FOLLOWING ACCIDENT AT WORK :צ
 אבחנה: CONTUSION OF SHOULDER AND UPPER ARM :צ שמאל
 אבחנה: CONTUSION OF BACK :צ

ואיננו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה,
 לפי דברי הנפגע הנ"ל, ביום 14/07/2019 בשעה 10:00
 גורם הפגיעה: ת.דרכים

דעתי היא, שאי-כושר זה יימשך עוד, לפחות 13 ימים היינו
 מיום 20/07/2019 עד יום 1/08/2019 ועד בכלל.

פרטי הרופא המפיק: ד"ר חלמיצר יבגניה, מ.ר. 29327, רפואת משפחה

חותמת הרופא המטפל

חותמת המוסד הרפואי

ד"ר חלמיצר יבגניה, רפואת משפחה
 שם הרופא המטפל (בכתב ברור או חותמת)

מקום ותאריך הבדיקה

תעודה זו תימסר לידי הנפגע בשביל המוסד לביטוח לאומי.
 (CHHDTRTA)

מקור

תאריך הדפסה: 1/08/19

קופת חולים לאומית

מספר 1-30765671-0
תעודת זהות

סניף: סניף קרית גת מיכה
מיכה 8 קרית גת
טלפון: 08-6879888

תעודת רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

זולדן	אלה	איגור
המשפחה	השם	שם האב
שם המעביד	א.ס. ג'י.אס.	מנפאואר גרופ סולוש
כתובת המעביד	יגאל אלון 90 ת"א	

תוצאות הבדיקה

אני מאשר כי הנפגע הנ"ל סובל מ:
אבחנה:

LOW BACK PAIN - LBP :TX

ואינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה,
לפי דברי הנפגע הנ"ל, ביום 14/07/2019 בשעה 10:00
גורם הפגיעה: ת.דרכים

דעתי היא, שאי-כושר זה יימשך עוד, לפחות 14 ימים היינו
מיום 2/08/2019 עד יום 15/08/2019 ועד בכלל.

פרטי הרופא המפיק: ד"ר שייניס דמיטרי, מ.ר. 28494, כיורוגיה אורתופדית

חתימת הרופא המטפל

חתימת הרופא המפיק

ד"ר שייניס דמיטרי, כיורוגיה אורתופדית
שם הרופא המטפל (בכתב ברור או חותמת)

מקום ותאריך הבדיקה

תעודה זו תימסר לידי הנפגע בשביל המוסד לביטוח לאומי.
(CHHDTRTA)

מקור

תאריך הדפסה: 15/08/19

מספר 1-30765671-0
תעודת זהות

קופת חולים לאומית

סניף: סניף קרית גת מיכה

מיכה 8 קרית גת

טלפון: 08-6879888

תעודת רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

זולדן	אלה	איגור
המשפחה	השם	שם האב
שם המעביד	א.ס. ג'י.אס. מנפאואר גרופ סולוש	
כתובת המעביד	יגאל אלון 90 ת"א	

תוצאות הבדיקה

אני מאשר כי הנפגע הנ"ל סובל מ:

אבחנה: CONTUSION OF SHOULDER AND UPPER ARM צד: שמאל
אבחנה: CONTUSION OF BACK צד:
אבחנה: WORK ACCIDENT-OBSERVATION FOLLOWING ACCIDENT AT WORK צד:

ואינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה,
לפי דברי הנפגע הנ"ל, ביום 14/07/2019 בשעה 10:00
גורם הפגיעה: ת.דרכים

דעתי היא, שאי-כושר זה יימשך עוד, לפחות 16 ימים היינו
מיום 16/08/2019 עד יום 31/08/2019 ועד בכלל.

פרטי הרופא המפיק: ד"ר חלמיצר יבגניה, מ.ר. 29327, רפואת משפחה

חתימת הרופא המטפל

חותמת המוסד הרפואי

ד"ר חלמיצר יבגניה, רפואת משפחה
שם הרופא המטפל (לכתוב ברור או חותמת)

מקום ותאריך הבדיקה

תעודה זו תימסר לידי הנפגע בשביל המוסד לביטוח לאומי.
(CHHDTRTA)

הודעה על תאונה בעבודה

להלן הפרטים כמבוקש על ידכם

1. שם המבוטח מנפאואר (ישראל) בע"מ
2. כתובת המבוטח רחוב יגאל אלון 110, תל אביב, 67891
3. מספר פוליסה _____

פרטים על הנפגע

4. שם משפחה צילין שם פרטי צילין מס הזהות 307656710
5. כתובת רחוב מנחם יטנה מס' הבית 36 ישוב קרית גת מיקוד _____
6. זכר ☒ (נקבה ☐ נחקק את הבלתי מתאים) גיל _____ משלח יד ג'וליאן מצב משפחתי נשוא

פרטים על התאונה

7. תאריך התאונה 14/7/19 שעת התאונה 10:00 המיקום בו אירעה התאונה (כניסה/צומת איד"ש)
8. עבודת הנפגע בעת התאונה ג'וליאן
9. תיאור מלא של התאונה, נסיבותיה וגורמיה
במהלך נסיעה ברכב פרטי, הכניסה לרכב, נחשף נפץ בלילה נפץ/אמצעי התעלל.
סכנה להתחשמל והתעלל בלילה.

10. מזהות הפגיעה: ☐ קטיעה ☒ חבלה ☐ מכה ☐ חתך ☐ אחר _____
11. האיבר שנפגע זרוע ימנית
12. האם העובד חזר לעבודה אחרי הפגיעה ☐ כן ☒ לא - אם כן, באיזה תאריך חזר לעבודה _____
13. שמות עדי הראיה לו אונה וכתובתם _____

א	שם משפחה	שם פרטי	רחוב	מס' הבית	ישוב	מיקוד
ב	שם משפחה	שם פרטי	רחוב	מס' הבית	ישוב	מיקוד

חתימה

חתימה

14/7/19
תאריך



המוסד לביטוח לאומי
ביטוח נכוני עבודה

עמוד 1 מתוך 2

תאריך הכרת הטיפוס בלידה									

תאריך מתן האישור									

טופס למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה (בל/ 250)
מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שמעבר לדף לפני מתן הטיפוס לעובד

שם המעסיק: <u>המפעל דה בור, המעבד</u>									
מספר ת"ח במידה: <u>913510171410</u>									
מספר טרמיט: <u>013510171410</u>									
החוב: <u>מפעל דה בור, המעבד</u>									
מספר בית: <u>013510171410</u>									
מספר פדים: <u>013510171410</u>									

לכבוד

הנחת חולים / בית חולים _____
נא להוסיף עזרה רפואית ל- ☐ יובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר

שם המעביד: <u>מפעל דה בור, המעבד</u>									
שם פרטי: <u>מפעל</u>									
שם משפחה: <u>מפעל</u>									
מספר בית: <u>013510171410</u>									
מספר פדים: <u>013510171410</u>									
מספר טרמיט: <u>013510171410</u>									

שנכנסו בתאריך 01/01/2010 בשעה 10:00 כאשר יובד ב- מפעל דה בור, המעבד
סוג העבודה

מיקום התאונה ☐ במכוון ☒ ת דרכים מובדח ☒ ת דרכים בדרך ליבד/צוהיבד ☐ תאונה בדרך ללא רכב
אחר ☐

כתיבת מיקום התאונה: בדרך 6 ק"מ מידע (המפעל)

תאור התאונה: המפעל מניח רכבים בדרך (המפעל) למי שצוהיבד

האבר שנפגע: המפעל (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל)

שם המימון: המפעל (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל)

תכידוד במכוון: המפעל (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל)

חתימת המימון: המפעל (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל) (המפעל)

לכידוד ימי המוסד הרפואי									
הנפגוע חבר בקופת חולים (נא ציין שם ההוכחה) ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית									
הנפגוע אינו חבר בקופת חולים ☐									
מהות התאונה (אבחנות רפואיות): ☐									

הודעה על תאונה בעבודה

להלן הפרטים כמבוקש על ידכם

1. שם המבוטח: מנפאואר (ישראל) בע"מ
2. כתובת המבוטח: רחוב יגאל אלון 110, תל אביב, 6107001
3. מספר פוליסה: _____

פרטים על הנפגע

4. שם משפחה: רז שם פרטי: דניאל מסי הזהות: 25858585
5. כתובת: רחוב: הרצל מסי הבית: 1 ישוב: תל אביב מיקוד: _____
6. זכר / נקבה (מחק את הבלתי מתאים) גיל: _____ משלח יד: אצטדיון מצב משפחתי: _____

פרטים על התאונה

7. תאריך התאונה: 10/10/17 שעת התאונה: 12:00 המקום בו אירעה התאונה: במסלול הרכב
8. עבודת הנפגע בעת התאונה: נהג
9. תיאור מלא של התאונה, נסיבותיה וגורמיה:
הנהג נסע בכביש 10, כיוון תל אביב, כאשר הרכב נחטף על ידי רכב פרטי.
10. מהות הפגיעה: ☐ קטיעה ☒ חבלה ☐ מכה ☐ חתך ☐ אחר
11. האיבר שנפגע: יד ימנית
12. האם העובד חזר לעבודה אחרי הפגיעה ☐ כן ☒ לא - אם כן, באיזה תאריך חזר לעבודה: _____
13. שמות עדי הראיה לתאונה וכתובתם: _____

א.	שם משפחה	שם פרטי	רחוב	מסי הבית	ישוב	מיקוד
ב.	שם משפחה	שם פרטי	רחוב	מסי הבית	ישוב	מיקוד

חתימה

חותמת

תאריך

אני מאשר (מאשרת) כי כל הפרטים הנ"ל נכונים ונכונים.

תאונה בעבודה

אירעה לעובד תאונה בשעת עבודתו או תאונה הקשורה לעבודה (בדרך לעבודה או בחזרה ממנה) או לקה העובד במחלה שנובעת מעבודתו יהיה העובד זכאי לדמי פגיעה בעבודה, כפוף להוראות חוק הביטוח הלאומי.
(התשלום מתבצע באמצעות בטוח לאומי)

עובד שאירעה לו תאונת עבודה יודיע לסניף בהקדם האפשרי.
להלן המהלכים שרכזת/ חייבים לבצע לאחר קבלת ההודעה מהעובד:

1. להעביר לעובד/ת טופס ב.ל. 250 (טופס של ביטוח לאומי) – טופס למתן טפול רפואי לנפגע בעבודה.

את הטופס ניתן להוריד מהפורטל ולמלא את כל הפרטים הנדרשים.

2. להנחות את העובדת לגשת לרופא משפחה ולהביא טופס "תעודה רפואית ראשונה לנפגעי עבודה"

3. למלא את מסמכי "תביעה לתשלום דמי פגיעה בעבודה" - (טופס של ביטוח לאומי).

את המסמכים ניתן להוריד מהפורטל ולמלא את כל הפרטים הנדרשים וכן להחתים

את העובד במקומות הנדרשים.

4. למלא טופס "הודעה על תאונת עבודה לחברת הביטוח" – חובה למלא את כל הפרטים
כולל סעיף 12" האם העובד חזר לעבודה אחרי הפגיעה ☐ כן ☐ לא - אם כן,
באיזה תאריך חזר לעבודה".

את הטופס ניתן להוריד מהפורטל ולמלא את כל הפרטים הנדרשים.

אין צורך במילוי הטופס כאשר קיימת תביעה של תאונת דרכים.

5. לאחר ביצוע כל הסעיפים 1-4 יש להעביר למחלקת קשרי תפעול:
העתק טופס ב.ל. 250

מסמכי "תביעה לתשלום דמי פגיעה בעבודה" בצרוף תעודות רפואיות.
טופס "הודעה על תאונת עבודה לחברת הביטוח" –

לאחר קבלת הטפסים חזרה אליכם ממחלקת קשרי תפעול
יש להנחות את העובד לגשת לסניף הביטוח לאומי במקום מגוריו.



המוסד לביטוח לאומי
ביטוח נפגעי עבודה

עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה

תאריך מתן האישור									

טופס למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה (בל/ 250)

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שמעבר לדף לפני מתן הטופס לעובד.

שם המעסיק / שם המפעל / הקיבוץ / המעביד										מספר תיק במוסד										מספר טלפון																																							
										9										0																																							
רחוב										מספר בית										ישוב										מיקוד										מספר פקס																			
																																																		0									

לכבוד

קופת חולים / בית חולים _____
נא להגיש עזרה רפואית ל: ☐ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר

שם משפחה										שם פרטי										מין ☐ זכר ☐ נקבה										מספר זהות סייב										☐ דרכון ☐																			

רחוב										מספר בית										כניסה										דירה										ישוב										מיקוד																			
מספר טלפון										מספר טלפון נייד										מס' תא דואר																																																	
0																																																																					

שנפגע בתאריך _____ בשעה _____ כאשר עבד ב _____ סוג העבודה _____

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

כתובת מקום התאונה: _____

תאור התאונה: _____

האבר שנפגע _____

שם המאשר _____ תפקידו במפעל _____ חתימה וחותמת המפעל _____

למילוי ע"י המוסד הרפואי

☐ הנפגע חבר בקופת חולים (נא ציין שם הקופה): ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית
☐ הנפגע אינו חבר בקופת חולים.
☐ מהות התאונה (אבחנות רפואיות): _____



המוסד לביטוח לאומי
ביטוח נכוני עבודה

תאריך מתן האישור									

תאריך הכנת הטופס בדפוס									

טופס למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה (בל/ 250)

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שמעבר לדף לפני מתן הטיפול ולדף

שם המעסיק / שם המעביד / החברה / המעביד	מספר ת"ז במספר	מספר ת"ז
מנהל מרכז רפואי	9131510121010101	01
רחוב	מספר בית	מספר מזה
רחוב הירקון 90	מספר בית 10	מספר מזה 0131510121010101

לכבוד

הוועד הרוואי / בית חולים

נא להוסיף יגורה רפואית ל- ☐ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר

שם המעביד	יום מרטי	שם המעביד
מנהל מרכז רפואי	יום מרטי 10/10	שם המעביד

רחוב	מספר בית	מספר מזה
רחוב הירקון 90	מספר בית 10	מספר מזה 0131510121010101

שגמו בתאריך 10/10/10 בשעה 10:00 כאשר עובד נ מנהל מרכז רפואי

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

כתובת מיקום התאונה: רחוב 6 זקן דומם "רומ"
 תאור התאונה: המאבק הנהיג המכונית הימנית במרכז הרפואי, תוך כניסה למרכז הרפואי
המאבק הנהיג המכונית הימנית במרכז הרפואי, תוך כניסה למרכז הרפואי
 האבר שנפגע: כף היד הימנית (היד הימנית)
 שם המאשר: ד"ר א. א.
 תפקידו במפעל: מנהל מרכז רפואי

לטיפול עיני המוסד הרפואי
☐ הנופגי חבר בקופת חולים (נא ציין שם הקופה) ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ הנופגי אינו חבר בקופת חולים ☐ מנות התאונה (אבחנות רפואיות)

קופת חולים לאומית

מקור

תאריך הדפסה: 21/07/19
חוק הביטוח הלאומי
תשי"ד - 1953

סניף: סניף קרית גת מיכה

מיכה 8 קרית גת

טלפון: 08-6879888

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

זולדן	אלה	אייגור	1-30765671-0
המשפחה	השם	שם האב	חט. הזהות
כתובת הנפגע:	מבוא לבנה 36 ק.גת	שנת הלידה:	85
אס.נ"י.אס.	חנפאור גרופ טולוש	14/07/2019	10:00
שם המעביד	תאריך הפגיעה	שעת הפגיעה	
כתובת המעביד:	יגאל אלון 90 ת"א		
ונהיגה בדרך לעבודה	ות.דרכים	ונב.צואר, כתף ויד שמאל	
וההתעסקות בשעת הפגיעה	וגורם הפגיעה	והאיבר שנפגע	
14/07/2019	חיון סורוקה	14/07/2019	ד
נמצא בטיפולו מ-ו	ריפוי ראשון	ניתן על ידי	בתאריך ומתופא כעת ב-

אבחנה : CERVICALGIA (PAIN IN NECK) צד : שמאל
אבחנה : CONTUSION OF SHOULDER AND UPPER ARM צד : שמאל
אבחנה : WHIPLASH INJURY צד : שמאל

כתוצאה מהפגיעה הוא אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה וחתימה אחרת

במשך 6 ימים היינו מיום 14/07/2019 עד יום 21/07/2019 (בכלל)

פרטי הרופא המפיק: ד"ר חלמיצר יבגניה, מ.ר. 29327, רפואת משפחה

16/07/2019

חתימת רופא השרות המוסמך

תאריך הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר חלמיצר יבגניה, רפואת משפחה

שם הרופא המספק

חותמת המוסד

חתימת המשרד

הזכות לגימלה נקבעת על-ידי המוסד לביטוח לאומי ואין התעודה מקנה זכות זו. תעודה זו תימסר לנפגע בשביל המוסד לביטוח לאומי

תיאור התאונה: במהלך הנהיגה הבחינה ברכב שכלס בפתאומיות, תוך כדי בלימה סתה

טיפול קודם: ובדקה וסופלה במיון של בית החולים סורוקה

המימצא הקליני: רגישות במישוש באזורי חבלה עם הגבלה בתפודה

סוג הצילום: ת. צילום: 14/07/2019

ממצא בצלום: ללא עדות לשברים

הטיפול שניתן על-ידינו: משככי כאבים, פיזיותרפיה

הערות: מעקב אורתופדי

חתימת הרופא,

תאריך,

(CHHDTRTA)

טופס 01-221 400+25+5 7/93 א.ר.א.

מקור

תאריך הדפסה: 15/08/19

מספר 1-30765671-0
תעודת זהות

קופת חולים לאומית

סניף: סניף קרית גת מיכה
מיכה 8 קרית גת
מלפון: 08-6879888

תעודת רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

זולדן	אלה	אינור	זולדן
המשפחה	השם	שם האב	המשפחה
שם המעביד	א.ס.ג.י.א.ס. מנפאור גרופ סולוש		שם המעביד
כתובת המעביד	ינאל אלון 90 ת"א		כתובת המעביד

תוצאות הבדיקה

אני מאשר כי הנפגע הנ"ל סובל מ:

אבחנה:	CONTUSION OF SHOULDER AND UPPER ARM	צד: שמאל
אבחנה:	CONTUSION OF BACK	צד: צד
אבחנה:	WORK ACCIDENT-OBSERVATION FOLLOWING ACCIDENT AT WORK	צד: צד

ואינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי תוצאה ישירה מהפגיעה שקרוה,
לפי דברי הנפגע הנ"ל, ביום 14/07/2019 בשעה 10:00
גורם הפגיעה: ת.דרכים

דעתי היא, שאי-כושר זה יימשך עוד, לפחות 16 ימים והיינו
מיום 16/08/2019 עד יום 31/08/2019 ועד בכלל.

פרטי הרופא המפיק: ד"ר חלמיצר יבגניה, מ.ר. 29327, רפואת משפחה

חתימת הרופא המטפל

חותמת המוסד הרפואי

ד"ר חלמיצר יבגניה, רפואת משפחה
שם הרופא המטפל, בכתב יד או חותמת

מקום ותאריך הבדיקה

תעודה זו תימסר לידי הנפגע בשביל המוסד לביטוח לאומי.
(CHMDTRTA)

מקור

תאריך הדפסה: 21/07/19

מספר 0-1-30765671
תעודת זהות

קופת חולים לאומית

סניף: סניף קרית גת מיכה
מיכה 8 קרית גת
טלפון: 08-6879888

תעודת רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

זולדן	אלה	איגור
המשפחה	השם	שם האב
שם המעביד	אס. ג'יי. אס.	מנפאור גרופ סולוש
כתובת המעביד	יגאל אלון 90 ת"א	

תוצאות הבדיקה

אני מאשר כי הנפגע הנ"ל סובל מ:
אבחנה: WORK ACCIDENT-OBSERVATION FOLLOWING ACCIDENT AT WORK
אבחנה: CONTUSION OF SHOULDER AND UPPER ARM
אבחנה: CONTUSION OF BACK

ואינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה.
לפי דברי הנפגע הנ"ל, ביום 14/07/2019 בשעה 10:00
גורם הפגיעה: ת.דרכים

דעתי היא, שאי-כושר זה יימשך עוד, לפחות 13 ימים היינו
מיום 20/07/2019 עד יום 1/08/2019 ועד בכלל.

פרטי הרופא המפיק: ד"ר חלמיאזר יבגניה, מ.ר. 29327, רפואת משפחה

חתימת הרופא המספל

חותמת המוסד הרפואי

ד"ר חלמיאזר יבגניה, רפואת משפחה
שם הרופא המספל (בכתב כרוז או חותמת)

מקום ותאריך הבדיקה

תעודה זו תימסר לידי הנפגע בשביל המוסד לביטוח לאומי.
(CHHDTRTA)



מסירת הודעה למעביד על הפגיעה	
תאריך מסירת ההודעה	14/7/19
למי נמסרה ההודעה	אורי גמאל - מנהל
אם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לנזיקין, אנא השב על שאלה 8 בחלק ה'	
תפקיד מקבל ההודעה	מנהל ישיב

ד. פרטי טיפול דפואי

הא'בר שנפגע	זר, צווא, רגל, שמש
תאריך קבלת הטיפול הראשוני	14/7/19
הסוג אשמי	לא אשמי
קופת החולים בה הונח חבר	אמ"א
האם סבלת בעבר מפחית או מכאבים הקשורים או דומים למצבך היום	לא
שם הרופא / תשירות הדפואי	סוריקה
שם בית החולים / מחלקה	סוריקה
שם הרופא המטפל	ר' ידני
מס' מ.מ. פת"מ	30765670

ה. פרטים על תאונת דרכים

1. האם נמסרה הודעה למשטרה	כן
התאונה טופלה ע"י תחנת משטרה ב-	קריית גת
2. התאונה ארעה בדרך לעבודה	כן
3. האם נפגעת בהיותך:	הולך רגל
4. שם הנרג	אליהו
5. בעלות הרכב	האם הרכב בבעלות מקום העבודה
6. מספר רישוי הרכב / המלגה / הטרקטור / אוטונוסמן בעינך	2403
7. שם חברת הביטוח וכתובתה	אמ"א - הול רגל
8. האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לנזיקין או פיצויים מצד ג' בגין התאונה	כן
פרטים על משרד ע"יד המטפל - שם עורך הדין	אורי גמאל
מס' טלפון	

1. פירוט העיסוקים

אם בשלושת החודשים שלפני המועד לא עבדת נא סמן הסיבה	
☐ מחלה	☐ מילואים
☐ עבדתי אצל מעבידים נוספים	☐ נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל
חזרה לעבודה	
הצהרה: אני מצהיר בזה כי שעות עבודתי במשרת ימי או בעבודתי לפני המועד היו משעה <u>8:00</u> עד שעה <u>16:00</u>	
☐ טרם חזרתי לעבודה	
☐ מיום <u>14/7/19</u> עד יום <u>1/9/19</u>	לא עבדתי כלל כתוצאה מהמועד
☐ מיום _____ עד יום _____	שהייתי במסגרת / בדרגה / משרה _____ עד שעה _____
☐ מיום _____ עד יום _____	שהייתי במסגרת / בעבודתי משעה _____ עד שעה _____
☐ חזרתי לעבודה מלאה ביום <u>1/9/19</u>	

2. מקום תשלום

כל תשלום שיונתן לי כוונתו לביטוח לאומי, בקשר לתביעתי זו, מבקש להעבירו לזכות חשבוני דלחין:			
שמות בעלי החשבון	שם הסניף / המוסד	סניף / חשבון	פרטי ☒ קיבוץ ☐
<u>אילן כולן</u>	<u>קריית יז</u>	<u>325396/97</u>	
לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: ☐ אני מבקש להעביר את התשלום לחשבון הקבוצה ☒ לחשבון פרטי שלי.			

3. פטור ממס הכנסה

☐ עזר או נכה 100% ☐ פטור חלקי - מצ"ב אישור לכזו אני זכאי לפטור ממס הכנסה ערב המועד

4. הצהרה

אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו על-ידי בתביעתי זאת הינם נכונים. ידוע לי כי נטילת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהוונים עבירה על החוק והנני תובע תשלום דמי פגיעה כחוק.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני אם המוסד ימשיך לחשבון תשלום שהוא כולו או בחלקו שולם בטעות או שלא כדין. וכן ימסור למוסד את מרטי מושכי התשלומים כאמור. אנו השותפים לחשבון מתחייבים להשתמש בכספי הגמלה שהופקדו לחשבון עבור מקבל הגמלה.

תאריך 8/9/19 חתימת הנותן X

אם התביעה לא חתומה ע"י הנותן נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומספר זהותו. אם התביעה נחתמה בטעות אצבע נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

לשימוש המוסד בלבד

קוד ביטוח	תיק מעביד	שע"ק 328	קוד
☐	☐	☐	☐

ויתור על סודיות רפואית

המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות _____ חבר קופ"ח _____ תאריך _____

הגר ב- _____ מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתו, מצבו הרפואי, הטיפול שניתן לו, תוצאותיו וטו כל מידע אחר שידרש על-ידם וטו כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה X _____

ויתור על סודיות רפואית

המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות _____ חבר קופ"ח _____ תאריך _____

הגר ב- _____ מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתו, מצבו הרפואי, הטיפול שניתן לו, תוצאותיו וטו כל מידע אחר שידרש על-ידם וטו כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה X _____

ויתור על סודיות רפואית

המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות _____ חבר קופ"ח _____ תאריך _____

הגר ב- _____ מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתו, מצבו הרפואי, הטיפול שניתן לו, תוצאותיו וטו כל מידע אחר שידרש על-ידם וטו כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה X _____

המוסד לביטוח לאומי

לכבוד _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות _____ חבר קופ"ח _____ תאריך _____

הגר ב- _____ מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתו, מצבו הרפואי, הטיפול שניתן לו, תוצאותיו וטו כל מידע אחר שידרש על-ידם וטו כל מסמך רפואי אודותיו.

שם הרופא המטפל _____ חתימה X _____



התחייבות: 101837197



ת.ז לקוח: 307656710



לכבוד

שם ספק : אסותא-רמת החייל
כתובת : הברזל 20 רמת החייל תל אביב-יפו
טלפון : 03-7644444
טלפון נוסף:

תאריך הפקה: 7/08/2019

מקור

התחייבות למכון מספר 101837197

נבקשכם לקבל את הלקוח לטיפול בתאריך 28/07/2019				
פרטי הלקוח				
שם		תעודת זהות		
זולדן אלה		307656710		
שנת לידה : 1985		טלפון :		
כתובת : מבוא לבנה 36 קרית גת 8207625		טלפון נוסף : 054-6518006		
פרטי טיפול				
מס.	קוד טיפול	תיאור טיפול	קוד טיפול ספק	כמות
1	14060	החזרת עוברים מוקפאים-IVF	58975	1
פרטי גורם מפנה				
שם רופא		מספר רשיון		
גרינשטיין גארי		86441		
מאשר.....: לאומית שרותי בריאות				
תוקף התחייבות זו עד תאריך 30/09/2019				
מרכז רפואי: מרכז קופ"ח				
מפיק.....: אוטומטי				
נשלח באמצעות דואר אלקטרוני. אין צורך בחתימה וחותמת.				
לקוח נכבד!				
שירות רפואי זה ניתן במסגרת זכאותך לשירותי בריאות נוספים בתכנית השב"ן (הביטוח המשלים) לאומית זהב.				
התחייבות זו מחוייבת בתשלום של 458.00 ש"ח. סכום זה יגבה באמצעות הוראת קבע עפ"י הפרטים המצויים בידנו במועד הקרוב.				
אם התחייבות לא תמומש, ניתן לפנות למרפאה לקבלת החזר השתתפות. ההחזר יהיה כנגד טופס התחייבות מקורי.				
תודה שבחרת לאומית				

המוסד לביטוח לאומי

תאריך: 25/09/2019

לכבוד
זולדן אלה

הרשאה לקבלת שירות אישי באינטרנט

1. לקבלת השירות יש להיכנס לכתובת הבאה: **Http://btl.gov.il**
ולהזין מספר זהות, קוד משתמש וסיסמה.

2. קוד המשתמש שלך הינו: **XRJ8DLGN**
סיסמתך הזמנית הינה: **LNGSH7**
לתשומת לבך, תוקף הסיסמה הזמנית הוא חודש בלבד.

3. בכניסתך הראשונה למערכת תתבקש למלא טופס רישום ולהחליף את סיסמתך הזמנית לסיסמה קבועה.

4. על פי הצהרתך, האחריות לשמירת הקוד והסיסמה חלה עליך. המוסד לביטוח לאומי פטור מאחריות במקרה שהמידע יימסר למי שהזדהה בקוד ובסיסמה שלך.

5. לתמיכה או הודעה על ביטול הקוד והסיסמה יש להתקשר לטלפון 04-8812245
בימים א-ה בין השעות 08:00-16:00.

בברכה,
גרינברג ענת
קרית גת

פעולות שניתן לבצע באתר השירות האישי:
להנפיק אישורים, לקבל מידע על הקצאות שלך, לראות את המכתבים שנשלחו אליך,
לשלוח מסמכים ישירות לפקיד המטפל, להנפיק קוד סודי לקבלת מידע בטלפון,
לעדכן פרטים אישיים ועוד.