



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

דצמבר 2025 02
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 6/6/25
הנפגע: גבריאל ברידו, ת"ז 321436743
תביעה לנכה נזקק

1. מחמת התאונה ותוצאותיה מרשי שבנדון אינו כשיר לעבודה ועבודתו אצל מעסיקו ערב התאונה הופסקה.
2. נוכח חוסר שיתוף פעולה מצידו של המעסיק אין באפשרות מרשי לספק לכם מסמך החתום על ידי המעביד.
3. בנסיבות ובשים לב לחומרת מצבו ובהינתן העובדה שהוא אינו עובד ונעדר משכורת מבוקש ממוסדכם הנכבד לקבל את התביעה בשים לב לעובדה שהוא נעדר הכנסה ואינו מועסק.
4. לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר אודה.

בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין



המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות

נפגעי עבודה

תביעה להכרה כנכה נזקק

לפי תקנה 18 א'

חותמת קבלה

לשימוש

פנימי

בלבד

(סריקה)

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

מס' זהות / דרכון

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

סוג

המסמך

דפים

06/16/25

שנה חודש יום

תאריך הפגיעה בעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	ס"ב
ברידו	גבריאל	3 2 1 4 3 6 7 4 3	3

2

פרטים על עיסוקי לפני הפגיעה – נא סמן במקום המתאים

☒ שכיר – מקום העבודה ע.נור הובלות ומסחר כללי בעמ

מעמד: ☐ זמני ☐ קבוע

ותק במקום העבודה: 1/3/2016 . מקצוע נהג משאית - נהג מוביל-מנופאי

הוצעה לי עבודה אחרת ע"י מעבידי: ☐ כן ☒ לא, ציין את הסיבה

חובה להחתים את המעביד, במקום העבודה בו נפגעת, על סעיף 4 בטופס זה.

☐ עצמאי/בעל שליטה ☐ העסק בבעלותי ☐ שותפות * יש לצרף דוחות מע"מ של העסק לתקופה המבוקשת

מצב העסק כיום: ☐ סגור ☐ הפעילות צומצמה ☐ אין שינוי בפעילות העסק

אני מעסיק עובדים: ☐ לא ☐ כן

ברצוני להוסיף על האמור לעיל: אני באי כושר מלא לעבודה עפ"י קביעת רופא תעסוקתי

3

הצהרה

אני מצהיר בזאת שבתקופה מתאריך 07/06/25 עד תאריך היום, לא הייתה לי כל הכנסה מן המקורות שלהלן: הכנסה מהתעסקות, ואינני זכאי עבור תקופה זו לכל תשלום מאת מעבידי. ידוע לי, כי אם תאושר זכאותי כנכה נזקק, תבוטל זכאות לאבטלה(אם יש כזו). ידוע כי מחובתי לעדכן את המוסד לביטוח לאומי מיד עם שובי לעבודה.

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 ביודעין למתן

קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע

הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת btldpo@nioi.gov.il.

אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצדדי ג', בהתאם לדין.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

אם התביעה הוגשה בסיוע או על ידי מייצג: ☒ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ ביה"ח ☐ אחר

נא לציין את שם הגוף המסייע / המייצג עו"ד אריאל פרייברג תאריך תחילת התקשרות 25/6/25

תאריך 30.11.25 שם גבריאל גרום ברידו חתימה *