

עמוד 1 מתוך 2

תאריך קבלת הטופס בקופה			
שנה	חודש	יום	

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס

פרטי המעסיק			
שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי	
רשת מריתל יסא	9518572	0733428222	
רחוב / תא דואר	מס' בית	טלפון פקס	
התקווה	4		

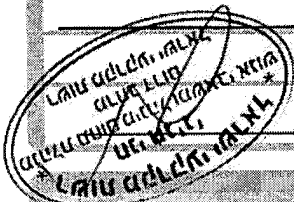
לכבוד קופת חולים / בית חולים _____

נא להגיש עזרה רפואית ל: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר

שים לב: הטופס אינו מיועד למילוי ע"י שוטר, סוהר או עובד משרד הביטחון

פרטי התובע			
שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
חיימל	אברהם	זכר ☒ נקבה ☐	200328367
כתובת			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
זכרון מליצנר	55		11
טלפון קווי	טלפון נייד	יישוב	מיקוד
		בני ברק	
0502222982			

פרטי התאונה			
נפגע בתאריך	בשעה	כאשר עבד ב	סוג העבודה
29.11.16	16:15	זמן	3083
מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר _____			
כתובת מקום התאונה _____			
תיאור התאונה _____			
האיבר שנפגע _____			
שם המאשר ותפקידו _____			



למילוי ע"י המוסד הרפואי	
☐ הנפגע חבר בקופת חולים כללית	☐ מאוחדת
☐ הנפגע אינו חבר בקופת חולים	☐ מכבי
☐ מהות התאונה (אבחנות רפואיות):	☐ לאומית

עמוד 1 מתוך 8

36732850

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

1 פרטי התובע

שם משפחה: אריאלי
שם פרטי: אריאלי
טלפון קו: 052222982
טלפון נייד: 05010328367
דואר אלקטרוני: Arirama@gmail.com

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. לידעך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

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

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

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם ומעסיק/מפעל: _____

תפקיד התובע במקום העבודה: _____

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

טלפון קו: _____ טלפון נייד: _____

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: _____

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

טלפון קו: _____ טלפון נייד: _____

2א' פרטי מקום העבודה -- כוחות הביטחון

מקום השירות: ☐ צה"ל ☐ משא"ז ☐ משמר הכנסת ☐ משטרה ☐ שבי"ט ☐ אחר

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

אם הוגשה על ידך תביעה ובדחתה, בא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3 פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה: שנה 16/11/2012 חודש יום

היום בשבוע: א'

שעת הפגיעה: 06:45

תאריך הפסקת עבודה: 16/11/2012

שעת הפסקת עבודה: 06:45

היכן אירעה הפגיעה? ☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐ מחוץ למפעל ☐ בתאונות בדרכו, וא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר

בדרך לעבודה: ☒ בדרך לביתך: ☐

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה) (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

תאונה בבניין

תיאור הפגיעה: כיצד וגרמה ובמה התנסקות בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף) וא פרט

נכנסה לחדר ונפלה מן הגג ורכב בתוכו 11 כבש קוויט ונפגעה

האם נכחו עדים בתאונה? ☒ לא ☐ כן פרט:

שם כתובת מספר טלפון

שם כתובת מספר טלפון

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה: שנה 16/11/2012 חודש יום

שם מקבל ההודעה: מ. חזק

תפקיד: מנהל משא"ז

טלפון: 0506218427

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													
2025	11	16	15													
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים באיבר או האיברים שנפגעו שצוינו על ידך לעיל? ☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטים פרטי הרופאים המטפלים <table border="1"> <thead> <tr> <th>שם הרופא</th> <th>תחום המומחיות</th> <th>כתובת המרפאה</th> <th>טלפון המרפאה</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה								
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה													

5

סייע 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

6

פרטים על תאונה

☒ 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 _____	סוג התאונה
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 _____	

7 פירוט העיסוקים

לפני הפגיעה

- במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:
- א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.
- ב. ☒ הכנסתי נפגעה מהסיבה: ☒ מהלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

לאחר הפגיעה

- ☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

- ☐ שהיתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך			מתאריך		
23	11	2025	16	11	2025
יום	חודש	שנה	יום	חודש	שנה
עד שעה	משעה		עד תאריך		מתאריך
			יום	חודש	שנה
עד שעה	משעה		עד תאריך		מתאריך
			יום	חודש	שנה

- ☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך 24/11/25 ☐ סרתי 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 העבודה בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך שם פרטי ומשפחה

חתימה X

C

שמות בעלי החשבון

שם הבנק

668

לחבר קבוצה או איש שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקרדיט / המושב ☐ לחשבון הפרטי

10

☐ עימות זכה 100% ☐ פסד חלקי

11

אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

שמסרת לייל, לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרת לייל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

הלאומי מלקבל מידע אודותי מצדרי ג', בהתאם לדין.

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

תאריך 19/12 חתימת התובע *

פרטי מגיש הרביעה שאינו הופגן

קרבה לתובע

מספר זהות:

205678 DRI

4638 DMI

דואר אלקטרוני:

סלפא ניד

טלפון 17

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

אם התיבועה בחתומה בחתימת אצבע, וא פרט: שם העד לחתימה ת.ז.

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 למתלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק בו: _____

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

2. שם _____ ת.ז. _____

תפקיד התובע במפעל _____ מטרת יציאתו מחוץ למפעל _____ שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת _____

תפקידו _____

שעת היציאה _____ שעת החזרה הצפויה _____

☐ חאונה 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 _____

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, הפרשים 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 בשה"ה	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	
		יומי	חודשי		לחקפה	סכום
חודש _____	_____	☐	☐	_____	שם התשלום _____	_____
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____
חודש _____	_____	☐	☐	_____	_____	_____

☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____

☐ האם היו שימים נשכר 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 _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____

3 פריטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)
☒ כן ☐ לא 7223 מספר הימים שיופדו לזכות העובד עד יום הפגיעה:

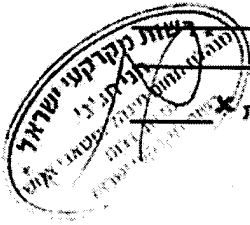
- ☐ לא ☐ העובד ביצע את כל חובותיו המוטלים לזכותו
☐ לא העובד ימ דמי מחלה
☐ אחר
☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה על-ידי הקרן לדמי מחלה

(שם הקרן)

4 הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפריטים למסר העובד ומסרנו /ונו נכונים ונכונים לטוב ידיעתנו.
 אנו מאשרים כי התובע המוסק על ידנו כטובת בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____



חתימה וחותמת

שם החותם

Handwritten signature

תפקיד החותם

23/11/25

5 פריטים משלימים למעסיק מורשה/מאשר

☐ העובד זכאי לעבוד כשיעור 100% תום חופשה

המעסיק מוותר לזכו תקנה 22

☒ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך 16/11/25 עד תאריך 23/11/25

ושילוחו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבודה ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

המעסיק מאשר לזכו סעיף 1343

☐ אני מאשר/ת מאשר/ת לזכו סעיף 242 וסעיף 162 בנוסח הישן.

קייבוע:

☐ הנפיקו דבר קיבוע מפינו בסוג ביטוח

☐ הנפיקו אינו דבר קיבוע - מופיע בסוג ביטוח

מחלקת שטחים
רשות מקרקעי ישראל
 (מורשה/מאשר של מעטפת משלימים)

חתימת המעסיק וחותמת



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה 60	מספר זהות/דרכון _____	תאריך הפגיעה שנה חודש יום
שם משפחה _____		שם פרטי _____
חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

2

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 _____ חתימת המבוטח ✕ _____

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



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה

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

תאריך הדפסה - 08.01.2026

פרטי המעסיק:

1

שם המעסיק	מס' תיק ניכויים
משרד ממשלת ישראל	94185721100

פרטי העובד:

2

שם משפחה	שם פרטי	מספר עובד	מספר זהות
גרינבלט	אברהם אבירם	00465032	200328367

פירוט שכר וניכויי דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות לשנת 2025

3

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	15,982.19	670.44	679.51	1,349.95	100.00	חודשי	31.00
פברואר	14,781.16	586.37	618.26	1,204.63	100.00	חודשי	28.00
מרץ	28,662.61	1,558.07	1,335.93	2,894.00	100.00	חודשי	31.00
אפריל	15,912.98	665.60	676.77	1,342.37	100.00	חודשי	30.00
מאי	13,280.95	481.36	540.70	1,022.06	100.00	חודשי	31.00
יוני	17,023.32	743.32	734.18	1,477.50	100.00	חודשי	30.00
יולי	13,477.14	495.09	550.84	1,045.93	100.00	חודשי	31.00
אוגוסט	16,650.10	717.20	714.88	1,432.08	100.00	חודשי	31.00
ספטמבר	13,022.35	463.25	527.33	990.58	100.00	חודשי	30.00
אוקטובר	12,499.94	426.69	500.32	927.01	100.00	חודשי	31.00
נובמבר	14,623.98	575.37	610.13	1,185.50	100.00	חודשי	30.00
דצמבר	15,572.01	641.73	659.15	1,300.88	100.00	חודשי	31.00

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.

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

מחלקת שכר
רשות מקרקעי ישראל
חתימה וחותמת מעסיק

מלם שכר בע"מ
שם בית התוכנה/לשכת השירות