

1. התיק יועבר לדיון הוכחות בשאלת קיומו של אירוע תאונתי מיום 17.1.2025 ואם תוך כדי עיסוק במשלה ידו של התובע וכן, בשאלת הקשר הסיבתי בין אירוע כאמור (אם יוכח) לליקוי הרפואי.
2. התובע יגיש תצהירו תוך 60 ימים, כאשר עותק יומצא בדואר רשום לנתבע. עד שמסרב לחתום על תצהיר תוגש בקשה מנומקת לזמנו, עד לאותו מועד.
3. ככל שהנתבע מבקש להגיש ראיות או עדים מטעמו, יגיש עד 10 יום לפני הדיון את ראיותיו ועד 30 ימים לפני הדיון את בקשתו לזימון עדיו.
4. הצדדים יערכו לסיכומים בעל פה בהתאם לשיקול דעת המותב.

טלפון, 077-3180983 פקס 03-7412358

- נ ג ד -

המוסד לביטוח לאומי

*** נחתם דיגיטלית ***

ע"י ב"כ עוה"ד ל. דגון זבולון ואו.ר. הררי ואו.ש. צמיר ואו. ע. קמיר ואו.ע. עזר אשכנזי ואו.א. פישר ואו.נ. בן-שלום ואו.

ד. קוסקאס כהן ואו.ה. דמרי ואו.מ. שאליק ואו.ג. בסון ואו. נ. אבאיו ואו.נ. בוחניק ואו.ל. עמר ואו.נ. מימון ואו. ג. אברגל ואו.ר. וסאל ואו.ט. גושן קופציה ואו.מ. תבורי ואו. ש. תמאס זולקוביץ ואו.ע. רובט ואו.ע. מונד ואו.ס. שחאדה ואו. א. עדאקי סלמן ואו.מ. דולב-בלט

רח' הרב ניסנבאום 37, קומה 16 בת ים 5962030
טלפון, 03-6250730 פקס 03-6250031 דוא"ל lmi3ta@nioi.gov.il**כתב הגנה****בהמשך להחלטת בית הדין הנכבד מיום 13.01.26 מתכבד הנתבע להגיש כתב הגנה כדלקמן:**

1. הנתבע יטען כי טענותיו והכחשותיו בכתב הגנה זה מובאות בהשלמה הדדית במצטבר ואו לחילופין לפני העניין והקשר הדברים.
2. הנתבע מכחיש כל פרט, טענה ועובדה המצויים בכתב התביעה, למעט אלה שבהם יודה במפורש בכתב ההגנה.
3. עניינה של תביעה זו היא החלטת הנתבע מיום 23.04.25 הדוחה תביעת התובע לתשלום דמי פגיעה בהתאם להוראות סעיף 79 לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995 (להלן: "החוק").
4. מדובר בדחיה עובדתית ורפואית והנתבע אינו מסכים למינוי מומחה רפואי.
5. מוכחש האמור בסעיפים 1-2, לכתב התביעה. הנתבע יטען, כי מוכחש האירוע הנטען וכן הקשר הסיבתי לליקוי הנטען.
6. מוכחש האמור בסעיפים 5-7, 16-31 לכתב התביעה. הנתבע יטען כי הדחיה בדין יסודה והחלטותיו ניתנו בהתאם לחוק ולפסיקה.
7. מוכחש האמור בסעיפים 8-10 לכתב התביעה וטעונים הוכחה כדן.
8. מוכחש האמור בסעיפים 11-15 לכתב התביעה ככל ואינו עולה מן המסמכים הרפואיים בזמן אמת.

הנתבע יוסיף ויטען כדלקמן:

- א. התובע יליד 1959. עבד כספר במספרה אשר בבעלותו.
 - ב. התובע הגיש תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה בגין אירוע תאונתי מיום 17.01.25 אשר לטענתו התרחש בדרך לעבודתו.
- טופס התביעה מצורף כנספח א לכתב ההגנה.**

- ג. ביום 22.04.25 נחקר התובע.
- ד. **עותק מחקירת התובע מצורף כנספח 1 לכתב התביעה.**
- ד. ביום 23.04.25 דחה הנתבע את תביעת התובע לתשלום דמי פגיעה בגין האירוע המוכחש מיום 17.01.25 בהתאם להוראת סעיף 79 לחוק.
- מכתב הדחייה מצורף כנספח 2 לכתב התביעה.**
- ה. הנתבע יטען כי לתובע לא אירעה פגיעה בעבודה כמשמעותה בסעיף 79 לחוק.
- ו. בהתאם לסעיף 79 לחוק, "תאונת עבודה" היא תאונה שארעה לעובד תוך כדי ועקב עבודתו.
- ז. התובע לא הוכיח כי ארע אירוע תאונתי תוך כדי ועקב עבודתו כמשמעותו בסעיף 79 לחוק.
- ח. התובע לא הרים את נטל ההוכחה ולא הוכיח כי ארע לו פגיעה במסגרת עבודתו.
- ט. הנתבע יטען כי התובע לא עבר כל אירוע תאונתי במהלך עבודתו.
- י. לחילופין יטען הנתבע, כי אין קשר סיבתי בין האירוע התאונתי הנטען והפגימה האורטופדית (חבלה בכתף ימין) הנטענות לבין עבודת התובע ו/או אירוע מיום 17.09.24.
10. כל פעולות הנתבע בעניינו של התובע נעשו כדין.
11. הדחייה בדין יסודה.
12. לאור האמור, כב' בית הדין מתבקש לדחות את התביעה.
13. בתיק התובע מצויים המסמכים הבאים: טופס תביעה, מכתב דחייה, מסמכים רפואיים שסיפק התובע, חקירת התובע.



עו"ד	שרה תמאם
	זולקוביץ,
הנתבע	ב"כ

X

עמוד 1 מתוך 8

לשימוש									
פנימי									
בלבד									
(סריקה)									
מס' זהות / דרכון									
סוג									
דפים									
המסמך									
01									

055672992

מספר זהות / דרכון

24.03.2025

מספר זהות / דרכון

מספר זהות / דרכון

נא ציין את מספר תעודת זהות

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



נביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☐ תאונה בעבודה	☐ מחלת מקצוע, פרס
☐ שכיך	☐ עצמאי
☐ מתנדב	☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי
☐ הכשרה מקצועית	

שם פרטי	שם משפחה
א.ר	ר.ר
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לשכר זר)	טלפון קווי
055672992	0503206040
טלפון נייד	דואר אלקטרוני
	@

אם הסלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך - נא השלם את הפרטים הבאים:

שם פרטי איש קשר	שם משפחה איש קשר			
מס' זהות איש קשר	טלפון איש קשר			
055672992				
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.				
מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	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:

שם העסק	סוג העיסוק				
עיר / נגיד / מסר	מספר				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון פקס			

2א' פרטי מקום העבודה - לחות הסימון

מקום השירות: ☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת ☐ שב"ס ☐ משטרה ☐ אחר ☐

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

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

3 פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה: 17/07/2025 שנה חודש יום

היום בשבוע: ימי

שעת הפגיעה: 11:40

תאריך הפסקת עבודה: שעת הפסקת עבודה:

היכן אירעה הפגיעה? ☐ במהלך העבודה ☐ מחוץ למפעל ☐ בתאונה בדרכו: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר

הדרך לעבודה: ☒ בדרך לעבודה (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) ☐ בדרך לביתך (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☐ כן, פרט:

שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐
שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐

מסירת תודעה למעסיק ע"י הפגיעה

תאריך מסירת התודעה: שנה חודש יום

שם מקבל התודעה: תפקיד: טלפון:

4 פרטי הטיפול הרפואי

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 2015 חודש 01 יום 17 שעה 14:00		

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

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלת/י או אני מטופל	טלפון המרפאה

5 סיבות ונסיבות הגשת 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 יפיו כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותך לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל73: "יפיו כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
מר איטל כהן	בני ברק	03-7412954

6 פרטים על תאונתך

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 ☒ כן

תביעה נגד שם עורך הדין המטפל

כתובת 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

לפני הפגיעה

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:

א. ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים מתאימים.

ב. ☐ הנלסתי נפגעה מהסיבה:

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים.

לאחר הפגיעה

עד תאריך שנה _____ חודש _____ יום _____	מתאריך 17 01 2025 שנה _____ חודש _____ יום _____	☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה
עד שעה _____	משעה _____	☐ שהייתי בעסק / בעבודתי
עד שעה _____	משעה _____	

☐ 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

יש להמציא הוכחות תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד חזרתך? (פירוט העבודה שביצעת 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** _____

פרטי חשבוני הבנק של התובע			
כל תשלום שיש לו מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אקבע להעביר לחשבון הפרטי של התובע.			
שמות בעלי החשבון			
מספר חשבון			
מס' סניף			
שם הסניף / כתובתו			
שם הבנק			
727303958			
727303958			
לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☒ לחשבון הפרטי			

פרטיות ממש הכנסה: ☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי ☐	
--	--

הצהרת התובע / תביעה	
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 בודעין 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 מתחייבת להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים. 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 מחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ולא 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. ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערצים אותם ציינתי על גבי טופס זה. ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיע בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, מדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה. תאריך: 19.3.25 חתימת התובע: [חתימה]	

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע			
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון מיד	דואר אלקטרוני	
אם ברישותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צא אפוסטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרפם לתביעה.			
אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____			

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

1

הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה ☒ הפגיעה אירעה בתוך המפעל

מקום הפגיעה: התחנה שעת הפגיעה: 14:40

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: אגרון - ג'ינסאר - אגרון

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ למוטלי 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

שם המפעל / המעסיק מספר תיק רכיים במוסד לביטוח לאומי

תאריך תחילת עבודה: 17.10.2018 מספר 515171466713111

מספר ימי העבודה בשבוע: היקף המשרה ב-% ☐ חודשי ☐ יומי ☐ ארעי ☐ קבוע

☐ 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

בסבלה 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 כעבור שולם השכר	העובד הוא	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	שם התשלום
חודש		יומי ☐ חודשי ☐		סכום	לתקופה
חודש		יומי ☐ חודשי ☐			
חודש		יומי ☐ חודשי ☐			
חודש		יומי ☐ חודשי ☐			

☐ 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

☐ 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 משלום דמי מחלה על ידי המעסיק/הקרן לחברת החסות

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 _____

תאריך 19.3.25 חתום החותם נעם/מלח שם החותם נעם חתימה וחזותמת נעם

5 פרטים על חשבות המעסיק/מחברת החסות

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי חקנה 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 וחזותמת נעם (נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)