

בבית הדין האזורי לעבודה תל-אביב**תיק מספר : בל 37574/01/2026****התובע:**

דהן מאיר ת.ז.: 55672992
 החרושת 7/4 רמת גן, 5256809
 ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג
 רח' אבא הלל 7 רמת גן,
 טלפון, 03-7412358 פקס 03-3180983-077

- נגד -**הנתבע:**

המוסד לביטוח לאומי
 ע"י ב"כ עו"ד ל. דגון זבולון ואו ר. הררי ואו ש. צמיר ואו
 ע. קמיוור ואו ע. עזר אשכנזי ואו א. פישר ואו נ. בן-שלום ואו
 ד. קוסקאס כהן ואו ח. 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. גוש 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 הדידית 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 כדין.
8. מוכחש האמור בסעיפים 11-15 לכתב התביעה ככל ואינו עולה מן המסמכים הרפואיים בזמן אמת.

9. 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

0-55672002

וא צ"ן את מספר תעודת זהות

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

[illegible]

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☐ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרס		☐ שכיר ☐ עצמאי ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי		☐ מתנדב	
---	--	--	--	--------------------------------	--

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)	
רן		דניאל		0556729912	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני:	
05206040		0503206040		@	

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	
05206040		0503206040		0556729912	

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לדיעבד, אם לא סימנתי "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מנהל מכתבים – אישור מהשירות המבחן הפנים

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

שם מעסיק / מפעל						תפקיד התובע במקום העבודה					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה		ישוב		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:											
עצמאי (אם הפגישה איתך מחוץ לעסק) ☐ נציג אישור על העבודה שאותה בוצעה לית אמורה לבצע ☐											
שם העסק						סוג העיסוק					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה		ישוב		מיקוד	
טלפון קווי				טלפון נייד				טלפון פקס			

עֵינֵינוּ אֵלֶיךָ יְיָ

2א' פרטי מידע כללי

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: 17/01/2025 שנה חודש יום

היום בשבוע: ימי

שעת הפגיעה: 11:40

תאריך הפסקת עבודה: שעת הפסקת עבודה:

היכן אירעה הפגיעה? ☐ במהלך העבודה: ☐ מחוץ למפעל ☐ תאונה בבניין ☐ בתאונות בדרכי: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר

האם אירעה הפגיעה? ☐ כן ☐ לא

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ כן ☐ לא

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

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

מסירת ההודעה למעסיק: ☐ תאריך מסירת ההודעה: שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה: תפקיד: טלפון:

4

פרטי הטיפול הראשוני

האיבר שנפגע	מחלות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, תער)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
שם וזרע	ער	סר
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
15/02/17		
שנה חודש יום	שעה	
17:01	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

סכנת חיים והגשת תביעה

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
אור איתן כהן	6 פא בל 7, ירמיה	03-7412954

6

פרטים על תאונה

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 חאתר 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 יצר

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

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך 12.01.2025 שנה 12 חודש 01 יום 2025

עד תאריך שנה חודש יום

עד תאריך שנה חודש יום

עד תאריך שנה חודש יום

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

☐ חזרתי לעבודה מלאה. בתאריך

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

☐ משעה עד שעה

☐ עבודה במשמרות

☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

8

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

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת 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

שמות בעלי החשבון			
מספר חשבון			
מס' סניף			
שם הסניף / כתובתו			
שם הבנק			
7273039			
58			
7273039			
לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את החשלוס: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☒ לחשבון הפרטי			

פיקדון חסר הכנסה	
☐ עיוור / נכה 100%	☐ פטור חלקי

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 מתחייב 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 מושגי 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.

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: א. נ. א. ר.

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע	
שם פרטי	שם משפחה
מספר זהות	ס"ב
קרבה לתובע	
טלפון קווי	טלפון מיד
דואר אלקטרוני	@
אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צא אפוסטרופוסות, 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** ☐ **הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - מחוץ לשטח העבודה** ☐

שעת הפגיעה 44:40 **מקום הפגיעה:** התחנה

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: התחנה

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
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 במסד לביטוח לאומי _____

תאריך תחילת עבודה: _____ **מספר ימי העבודה:** _____ **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 ☐

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	סכום	לתקופה	שם התשלום
		יומי	חודשי					
חודש		☐	☐					
חודש		☐	☐					
חודש		☐	☐					
חודש		☐	☐					

☐ 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/חברת הביטוח

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 תפקיד החותם נציג/מנהל שם החותם דביר חתימה וחזותמת חתימה

5 פרטים על משלום דמי מחלה על ידי המעסיק/מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי סעיף 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 X _____ (מדרש רק במקרים של פרטים משלימים)