

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.

בבית הדין האז

התובע:

טלפון, 077-3180983 פקס 03-7412358

י"ז שבט תשפ"ו, 04/02/2026 תיק 37574-01-26 שופטת מיכל נעים דיבנר	החלטה
---	-------

הנתבע:

*** נחתם דיגיטלית ***

נקבע להוכחות ליום 8.9.2026 בשעה 09:00

ד. קוסקאס
ה. דמרי ואו מ. שאליק ואו ג. בסון ואו
ו. אבאיו ואו נ. בוחניק ואו ל. עמר ואו נ. מימון ואו
ז. אברגל ואו ר. וסאל ואו ט. גוש קופציה ואו מ. תבורי ואו
ח. תמאס ז. לקוביץ ואו ע. רובט ואו ע. מונד ואו ס. שחאדה ואו
ט. עדאקי סלמן ואו מ. דולב-בלט
י. הרב ניסנבאום 37, קומה 16 בת ים
טלפון, 0730-6250730 פקס 05-6250051 דוא"ל lmi@tao.gov.il

כתב הגנה

בהמשך להחלטת בית הדין הנכבד מיום 13.01.26 מתכבד הנתבע להגיש כתב הגנה כדלקמן:

1. הנתבע יטען כי טענותיו והכחותיו 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 שבחם 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.

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

עמוד 1 מתוך 8

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

055672992

26.03.2025

מחלקת פיקוח

מחלקת פיקוח

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	
☐ מתנדב		☐ שכיר	
☐ עצמאי		☐ הכשרה מקצועית	
☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי			
שם פרטי		שם משפחה	
26		רי	
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)		טלפון קווי	
055672992		0503206040	
דואר אלקטרוני		טלפון נייד	
@		0503206040	
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		0503206040	
☐ 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.			
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)			
055672992			
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)			
055672992			

שם מעסיק/ מפעל		תפקיד התובע במקום העבודה	
רחוב / תא דואר		מס' בית	
טלפון קווי		טלפון נייד	
מספר פקס		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 הפגיעה אירעה מחוץ לעסק שבו עובד/ת, העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)			
שם העסק		סוג העיסוק	
עיר / נגיד / מסר		מס' בית	
רחוב / תא דואר		מס' בית	
טלפון קווי		טלפון נייד	
מספר פקס		מספר פקס	

2א' פרטי מקום העבודה - לחות הביטחון

מקום השירות: ☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת ☐ שב"ס ☐ משטרה ☐ משא"ז ☐ 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 ☐ תאונה בבניין

במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐ בדרך לעבודה ☐ בדרך לביתך ☐ (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) ☐ (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☐ כן פרט:

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף). נא פרט: כיצד נגרמה הפגיעה

שם כתובת מספר טלפון ☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר

שם כתובת מספר טלפון ☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק ע"י הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה שם מקבל ההודעה תפקיד טלפון

שנה חודש יום

4

פרטי הטיפול הרפואי

האיבר שנפגע	מזהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
טל ורני פרא	ער	סר
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
15/02/17 17:01		
שנה חודש יום	שעה	
17 01 15	14:01:01	

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

פרטי הטיפול הרפואי

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 כהנא	6 פא בל 7, ירמין	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 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 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. ☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:

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

לאחר הפגיעה

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

☐ חזרתי לעבודה מלאה. בתאריך _____

שעות עבודתי במשלח יד או בעבודתי לפני הפגיעה היו: _____

☐ משה: _____ 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 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			
כל המידע שנתן להגיש את הבקשה להעביר את הכסף לחשבון הפרטי שלכם			
שמות בעלי החשבון			
מספר חשבון			
מס' סניף			
שם הסניף / כתובתו			
שם הבנק			
727303958			
38			
38			
38			
לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☒ לחשבון הפרטי			

פרטי המס הכנסה	
☐ עיוור/ נכה 100%	☐ פטור חלקי

הצהרת התובע	
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 בידור 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 מושגי התשלומים. אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממוחשבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל לא יעביר מידע 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, בדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה. תאריך: 19.3.25 חתימת התובע: [חתימה]	

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע	
שם פרטי	שם משפחה
מספר זהות	ס"ב
קרבה לתובע	
טלפון קווי	טלפון נייד
דואר אלקטרוני	@
אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צא אפוסטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרפם לתביעה.	
אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, מא פרט: שם העד לחתימה	

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

1

הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה ☒ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה
 מקום הפגיעה: הר הזיתים
 שעת הפגיעה: 44:40
 המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: אגרון גיטסטר - סניף
 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 חזרה: באיזו שעה סיים את העבודה? ☐ כן ☐ לא האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא
 הסיבה ליציאה המוקדמת: הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו

2

שם המפעל / המעסיק גליל וניס, מסר
 מספר תיק רכיים במסד לביטוח לאומי 515171466713111
 תאריך תחילת עבודה: מספר ימי העבודה היקף המשרה ב-% מעמד העובד: קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי
 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 הנתוספות 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			
חודש		יומי			
חודש		יומי			
חודש		יומי			

 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 וזיהומת

3 פרטים על משלום דמי מחלה על ידי המעסיק/הקרן לרבות ימי מחלה

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 נוצרו ימי מחלה ☐ אחר _____

העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה _____ (שם הקרן)

4 מעברת 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 נחמן/מלך שם החותם נחמן חתימה וחזותמת x נחמן

5 פרטים חשודים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 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)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחזותמת x _____

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)