

משאבי אנוש

מרכז שירות לעובד

טלפון : 03-5308080

פקס : 03-5304879

מייל : 8080@sheba.gov.il

ט' באדר, התשפ"ו

25 פברואר, 2026

הנדון : דף הסבר עבור מסמכי תאונת עבודה

מר אבו-סאלח מודפר שלום,

להלן הסבר אודות הטפסים המצורפים מטה בעקבות הודעתך על פגיעה בעבודה :

1. **טופס ב.ל 250 -** במידה והנך משוייך לקופת חולים כללית/מאוחדת/מכבי וטופלת במיון שיבא, יש להעביר את הטופס למחלקת רשומות למייל : hovot@sheba.health.gov.il
* במידה והנך משוייך לקופת חולים לאומית והגעת לטיפול במיון של בית החולים שיבא, יש להעביר את הטופס לקופת החולים שלך לקבלת טופס 17 ואותו יש להעביר למחלקת רשומות למייל : hovot@sheba.health.gov.il
* בכל פנייה לגורם רפואי מטפל אחר, יש להעביר את טופס ב.ל 250 לקופת החולים שלך לקבלת טופס 17 ואותו יש להעביר לגורם הרלוונטי.
2. **טופס הצהרה -** במידה ואינך מעוניין/ת להגיש תביעה לביטוח לאומי יש לחתום על הטופס המצורף ולשלוח אותו למייל משאבי אנוש או לפקס 4879.
3. **טופס ב.ל 211 -** טופס תביעה לביטוח לאומי אותו ניתן להגיש **עד שנה** מיום התאונה. **את הטופס יש למלא ולהחזיר לסקטור לידי (טלפון _____).**
בנוסף לחוברת תביעה יש לצרף את המסמכים הבאים :
* במידה וזוהי תאונת דרכים :
תעודת ראשונית לנפגע בעבודה, אישורי מחלה, צילום דרך (ניתן להוריד מגוגל מאפס), צילום ביטוח חובה של הרכב ואישור תלונה מהמשטרה או טופס תביעה לביטוח.
* במידה וזוהי תאונת עבודה ללא קשר לתאונת דרכים :
תעודת ראשונית לנפגע בעבודה ואישורי מחלה נוספים במידה ויש.
4. **טופס דיווח למחלקת בטיחות - לצורך ביצוע בקרה ומניעה של תאונות הנגרמות ממקרה בטיחותי על העובד/ת והממונה למלא טופס בקישור הבא :** https://l5k.me/kfUgh_#phnx
ולהעבירו למייל Betihut@sheba.health.gov.il.

אנו מאחלים לך בריאות איתנה, ועומדים לרשותך בכל עת.

בכבוד רב,

מרכז שירות לעובד

משאבי אנוש

תאריך מתן האישור שנה חודש יום	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 לעובד
---	---	---

פרטי המעסיק					
שם המעסיק :		מספר תיק ניכויים :		טלפון קווי : 03-5308080	
המרכז הרפואי ע"ש שיבא		941901076			
רחוב :		מיקוד :		פקס : 03-5304879	
תל השומר		5265601			
פרטי התובע					
לכבוד : קופת חולים כללית					
נא להגיש עזרה רפואית		שם משפחה :		שם פרטי:	
ל:		אבו-סאלח		מודפר	
עובד					
שים לב : הטופס אינו מיועד למילוי ע"י שוטר, סוהר, או עובד משרד הביטחון.					
מין:		תאריך לידה:		מספר ת"ז:	
זכר		03/07/1988		200605483	
כתובת					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
סח'נין		0		0	
טלפון קווי		טלפון נייד			
050-9556630		3081000			
נפגע בתאריך 15.02.2026 בשעה 07:30 כאשר עבד ב <u>מרפאה כאבים</u>					
סוג העבודה כ- <u>אח/ות</u>					
מקום התאונה : תאונת דרכים בדרך לעבודה					
כתובת מקום התאונה: כביש החוף בצומת נתניה כביש מהיר					
תיאור התאונה: "לדברי העובד/ת":					
בדרכו לעבודה נכנס ברכב שלו מאחור רכב					
האיבר הנפגע:					
ראש, צוואר כתפיים טשטוש עיניים					

הצהרת המעסיק			
אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים למיטב ידיעתנו. אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה. אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____			
תאריך:	שם המאשר:	תפקיד:	חתימה וחותמת:
25 פברואר, 2026	מרכז שירות	משאבי אנוש	

המרכז הרפואי המשולב
ע"ש ת-שיבא
משאבי אנוש-מרכז שירות לעובד
03-5308080

משאבי אנוש

מרכז שירות לעובד

טלפון : 03-5308080

פקס : 03-5304879

מייל : 8080@sheba.gov.il

ט' באדר, התשפ"ו

25 פברואר, 2026

לכל מאן דבעי,

הנדון: הגשת תביעה לביטוח לאומי בגין תאונת עבודה

הנני _____ אבו סאלח מודפר _____ מצהיר/ה כי קיבלתי את כל המידע הנוגע להגשת תביעה לביטוח לאומי בגין תאונת עבודה שהתרחשה בתאריך : _____ 15.02.2026 _____ ואני יודעת/יש באפשרותי להגיש תביעה עד שנה מיום התאונה, באופן עצמאי או דרך המעסיק.

נכון ליום זה אין בכוונתי להגיש תביעה.

_____ חתימת העובד/ת :

_____ תאריך :



לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמיצוי זכויות,
יש לסרוק את הברקוד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- ☞ תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואית כתוצאה מהפגיעה.
- ☞ עצמאי – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, עליך לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (כמו: חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה)
- ☞ עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זהויה והיתר העסקה משירות התעסוקה.
- ☞ מתנדב – עליך לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- ☞ בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.
- ☞ במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופסות.
- ☞ **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 לצרף טופס בל73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- ☞ קורונה – יש לצרף הפניה לבדיקה ותוצאות בדיקת קורונה ראשונה, אישור מהמעסיק על סבירות גבוהה להדבקה במקום העבודה ופרטי ממונה הקורונה במקום העבודה.

לידיעתך

- ☞ עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחר מיום הגשתה).
- ☞ תביעה שלא נחתמה ע"י התובע (בסעיפים 11 במקום המסומן ב-X), תוחזר בדואר ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- ☞ בתביעה של עובד שכיר **על המעסיק** למלא את סעיפים 1 – 5 בעמודים 6-7 ולחתום במקומות המסומנים ב-X.
- ☞ **משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, (למעט תביעה למחלות מקצוע).** לנזירותך, **שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il**
- ☞ אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו ולצרף את המסמכים הנדרשים.
- ☞ **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ☞ לשאלות וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il ..

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

בל/211(02.2023)

200605483 — 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**

☒ תאונה בעבודה
 ☒ שכיר
 ☐ עצמאי
 ☐ מתנדב

☐ מחלת מקצוע, פרט _____
 ☐ הכשרה מקצועית
 ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי

פרטי התובע

שם משפחה						שם פרטי						מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)					
												ס"ב					
אבו סאלח						מודפר						200605483					
טלפון קווי						טלפון נייד						דואר אלקטרוני:					
												<u>Modafar3788 @ Gmail.com</u>					
						0509556630											
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 ס"ב					

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

מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
אלסיידה מרים אלעדראא תד 9662	38			סח'נין	3081000

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

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל						משרד הבריאות								תפקיד התובע במקום העבודה							אח מוסמר														
רחוב / תא דואר						מס' בית		כניסה		דירה		ישוב		מיקוד																					
רחוב ירמיהו ת"ד 1176						39						ירושלים		9446724																					
טלפון קווי						טלפון נייד						מספר פקס																							
0 1 0 1 4 2 6 - 8 0						0 0 0 0 0 0 0 0 0 0						9 6 9 5 5 6 5 - 2 0																							
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט: _____																		האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☒ לא ☐ כן, פרט: _____																	
<u>עצמאי</u> (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)																																			
שם העסק																		סוג העיסוק																	
רחוב / תא דואר						מס' בית		כניסה		דירה		ישוב		מיקוד																					
טלפון קווי						טלפון נייד						טלפון פקס																							

בל/ 211 (02.2023)

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות:

☐ צה"ל☐ משמר הכנסת☐ שב"ס☐ משא"ז☐ משטרה☐ אחר _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

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

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה																
1 5 2 2 0 2 6 שנה חודש יום	ראשון	5:30-06:30																		
היכן אירעה הפגיעה? במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☒ בדרך לעבודה ☒ כביש החוף צומת נתניה הצפונית (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) ☐ מחוץ למפעל ☐ בדרך לביתך ☐ (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) ☐ תאונה בבניין בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר מסתיין בצפון לבית חולים שיבא תל השומר תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט _____ בזמן נסיעה בכביש החוף בדרך לעבודה נכנס בי רכב מאחורה _____ האם נכחו עדים בתאונה?: ☐ לא ☒ כן , פרט: _____ שוטר שנסע לפניי עצר בעת התאונה אך אין לי את הפרטים שלו <table border="1"> <thead> <tr> <th>שם</th> <th>כתובת</th> <th>מספר טלפון</th> <th>☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>שם</th> <th>כתובת</th> <th>מספר טלפון</th> <th>☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר					שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר				
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר																	
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר																	
מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה <table border="1"> <thead> <tr> <th>תאריך מסירת ההודעה</th> <th>שם מקבל ההודעה</th> <th>תפקיד</th> <th>טלפון</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 5 0 2 2 0 2 6 שנה חודש יום</td> <td>משאבי אנוש שיבא</td> <td></td> <td>03-5308080</td> </tr> </tbody> </table>					תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון	1 5 0 2 2 0 2 6 שנה חודש יום	משאבי אנוש שיבא		03-5308080								
תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון																	
1 5 0 2 2 0 2 6 שנה חודש יום	משאבי אנוש שיבא		03-5308080																	

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)
צליפת שוט	פגיעת ראש, כאבי ראש צוואר חגורת כתפיים וגב תחתון	מיון שיבא
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה חודש יום 6 2 2 0 5 1	שעה 0 3 5 0	שיבא / מיון כללי
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 טופלתי או אני מטופל
		טלפון המרפאה

5

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☐ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוננת ☐ 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

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 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 _____	

בז/ 211 (02.2023)

7 פירוט העיסוקים

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

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

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה 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) אח מוסמך בית חולים שיבא תל השומר

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) שיבא תל השומר רמת גן

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) משרה מלאה מיום אשון עד חמישי

שעות עבודה מ 08:00-20:00

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

מיר

תאריך 26.02.2026 שם פרטי ומשפחה אבו סאלח מודפר חתימה * ✗

9 פרטי חשבון הבנק של התובע			
כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:			
שמות בעלי החשבון			
אבו סאלח מודפר			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
בנק מסד	סניף כרמיאל	504	186175
לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי			

10 פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה
☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

11 הצהרת התובע/מגיש התביעה														
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 בידועין 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 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 ממחושבת, 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 הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה. תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____ פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע <table border="1"> <tr> <td>שם פרטי</td> <td>שם משפחה</td> <td>מספר זהות ס"ב</td> <td>קרבה לתובע</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>טלפון קווי</td> <td>טלפון נייד</td> <td>דואר אלקטרוני:</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>@ _____</td> </tr> </table> אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר : צו אפוסטרופוסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה. אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע					טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			@ _____
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע											
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:												
		@ _____												

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 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

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק	מספר תיק ניוניים 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, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	
		יומי	חודשי		למקרה	שם התשלום
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: _____

חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____

בז/ 211 (02/2023)

3

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי 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 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 _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת ✕ _____

5

פרטים משלימים 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 וחותמת ✕ _____
(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
15/02/2026 שנה חודש יום	200605483	60
שם פרטי	שם משפחה	
מודפר	אבו סאלח	
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 אודותיי.

תאריך 26.02.2026 חתימת המבוטח *