

משאבי אנוש

מרכז שירות לעובד

טלפון : 03-5308080

פקס : 03-5304879

מייל : 8080@sheba.gov.il

כז' בניסן, התשפ"ו

14 אפריל, 2026

הנדון : דף הסבר עבור מסמכי תאונת עבודה

מר בכרי מחמוד 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 תמר גולדשטיין (טלפון 03-5307779)**

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://15k.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 מאוחדת					
נא להגיש עזרה רפואית ל:		שם משפחה :		שם פרטי:	
עובד		בכרי		מחמוד	
שים לב : הטופס אינו מיועד למילוי ע"י שוטר, סוהר, או עובד משרד הביטחון.					
מין:		תאריך לידה:		מספר ת"ז:	
זכר		28/08/1990		304924665	
כתובת					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
דירה		ישוב		מיקוד	
בענה		0		2018900	
טלפון קווי		טלפון נייד			
		052-5518411			
נפגע בתאריך 08/03/2026 בשעה 10:00 כאשר עבד ב רנטגן אבחון					
סוג העבודה כ- רנטגנאי/ת / רנטגנאי/ת בכיר/ה					
מקום התאונה : במפעל / ת. דרכים בעבודה / ת. דרכים בדרך לעבודה או מהעבודה / תאונה בדרך ללא רכב / אחר _____					
כתובת מקום התאונה: גריאטריה שיבא					
תיאור התאונה: "לדברי העובד/ת": "ביציאה משירותים נתקע לי הסוודר בידית של הדלת ומשך אותי אחורה נפלתי על הגב והאגן"					
האיבר הנפגע: גב ואגן					

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.			
תאריך:	שם המאשר:	תפקיד:	חתימה וחותמת:
14 אפריל, 2026	מרכז שירות	משאבי אנוש	המרכז הרפואי המשולב ע"ש ח-שיבא משאבי אנוש-מרכז שירות לעובד 03-5308080

משאבי אנוש

מרכז שירות לעובד

טלפון : 03-5308080

פקס : 03-5304879

מייל : 8080@sheba.gov.il

כז' בניסן, התשפ"ו

14 אפריל, 2026

לכל מאן דבעי,

הנדון : הגשת תביעה לביטוח לאומי בגין תאונת עבודה

הנני מר/מרת מצהיר/ה כי קיבלתי את כל המידע הנוגע להגשת תביעה לביטוח
לאומי בגין תאונת עבודה שהתרחשה בתאריך: 2026-03-08 ואני יודעת/ש
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).**
- ☞ **לנוחיותך, 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)

עמוד 1 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות 304924665

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	☐ מחלת מקצוע, פרט
☒ שכיר	☐ עצמאי
☐ מתנדב	☐ הכשרה מקצועית
☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי	

1 פרטי התובע	
שם משפחה	שם פרטי
כרי	נחמן
טלפון קווי	טלפון נייד
	0525518411
דואר אלקטרוני: 704.bakzi@gmail.com	
מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)	
304924665	
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. לידעתך, 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
561	0
מיקוד	יישוב
20189	נחל
דירה	כניסה
-	-

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א'	
שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית	
שם מעסיק/ מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה
מילא	
רחוב / תא דואר	מס' בית
1176	39
טלפון קווי	טלפון נייד
086241010	025655969
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 – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)	
שם העסק	סוג העיסוק
רחוב / תא דואר	מס' בית
טלפון קווי	טלפון נייד
טלפון פקס	

בז/ 211 (02 2023)

2'א פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות: ☐ צה"ל ☐ משא"ז ☐ משמר הכנסת ☐ משטרה ☐ שב"ס ☐ 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
10/03/2026 שנה חודש יום	באשמן	10:30		

היכן אירעה הפגיעה? ☐ במהלך העבודה: ☒ במפעל/בעסק ☐ מחוץ למפעל ☐ בתאונה בבניין ☐ בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר _____

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט _____
כנסתי לשירות כמילאני מ'צ'א' (תקד'ס) פסוידו ג'ב'ת'ש' פ'צ'ת' יו'ש'א'ת' א'מ'ו'ת'
פ'צ'ת'ש' פ'א'ת' ו'ש'ט' כ'ו'ד'נ'ו'ת' ע'י'ו'ן
האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☒ כן, פרט: _____

שם	כתובת	מספר טלפון	☒ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר
ש'ט'א'ת'		050-798155	
ש'ט'א'ת'		050-7983154	☒ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון
10/03/2026 שנה חודש יום	כ'ר'מ' מ'ר'ג'	פ'נ'י'ג'	050-7653944

052-6666687

א'ע'ק נר-אזרנוסר
שם בית בחולים / מחלקה

נספח י"ה
תקופת אשפוז

תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה

שעה יום חודש שנה

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

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל	טלפון המרפאה

סיוע 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 "יפוי 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: "יפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע	כתובת	טלפון
---------------	-------	-------

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

☐ תקדיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר ☐ נכ' לפי צמחי' ☐ 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 _____

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

עד תאריך		מתאריך		☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה
שנה	חודש	שנה	חודש	
2026	10	2026	10	
יום	שעה	יום	שעה	☐ שהייתי בעסק / בעבודתי
[]	[]	[]	[]	
[]	[]	[]	[]	
[]	[]	[]	[]	

☐ 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) _____

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 * _____

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			
נחמיה מררי			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
בנק לאומי	בנק לאומי - סניף סניף	862	17714/40

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: ☐ אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון 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 ביוזעין 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 ממוחשבת, 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 26.04.26 * חתימת התובע

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	קרבה לתובע
נחמיה	מררי	304924665	

דואר אלקטרוני:	טלפון נייד
zodab@gnark.com	0525518911

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: צו אפסטרופוסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: שם העד לחתימה _____ ת.ז. _____

304924665

נא ציין את מספר תעודת זהות

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 ניקויים 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 _____

ממת' _____ עד מת' _____ 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

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 לא עדיין לעבודה. ☐ העובד לא 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 וחומתם _____

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

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	304924665	08/03/2026 שנה חודש יום
שם משפחה	שם פרטי	
כהן	נחמן	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרט"י 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 26-4-2026 חתימת המבוטח * _____