



עמוד 1 מתוך 9

נא ציין את מספר תעודת זהות 033514258 ותאריך הפגיעה 11/11/20

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 פרטי		שם משפחה			
033514258		033514258			
תאריך לידה		תאריך עלייה			
1976		11/11/20			
שנה		שנה			
יום		יום			
חודש		חודש			
מצב משפחתי: ☐ רווקה ☐ אלמנה ☐ פרודה ☐ נשואה ☐ גרושה ☐ ידועה/בציבור					
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
85051	12		3	נתניה	
טלפון קווי		טלפון נייד			
		05222028112			
☐ אני מאשר קבלת הודעות SMS		☐ אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: @			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א'					
שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית					
שם מעסיק/ מפעל		תפקיד התובע במקום העבודה			
רחוב / תא דואר	מספר בית	ישוב	מיקוד	טלפון קווי	טלפון נייד
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 אמורה לבצע)					
שם העסק		סוג העיסוק			
רחוב / תא דואר	מספר בית	ישוב	מיקוד	טלפון קווי	טלפון נייד



61211

בז/ 211 (04.2017)

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		צה"ל ☐	
משמר הכנסת ☐		שב"ס ☐	
משא"ר ☐		משטרה ☐	
אחר ☐		מספר בית	
רחוב / תא דואר	יישוב	מיקוד	
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום שירות קבע _____ 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

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה
		11:30	3'	11/11/2020
היכן אירעה הפגיעה? במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☐ בדרך לעבודה ☐ במחוז למפעל ☐ (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) _____ (הכתובת שבה אירעה הפגיעה) _____ 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 במילך הסדרה (אם רציתם קונסולות, נא צרף קונסולות ימין (מכסה כדור) והתעסקת)				
האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☐ כן, פרט: _____				
שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה ☐ מכר ☐	האם מדובר בתאונת דרכים? ☐ לא ☐ כן, אם כן, נא למלא חלק 5 בעמוד הבא
שם	כתובת	מספר טלפון	חבר לעבודה ☐ מכר ☐	
מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה תאריך מסירת ההודעה _____ שם מקבל ההודעה _____ תפקיד _____				

וקולתה לכה חלקה. בנוסף שם שאלו למתנה וקולתה לכה...

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)
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה <u>2020</u> חודש <u>11</u> יום <u>11</u>	שעה <u>11:30</u>	
קופת חולים שבה אתה חבר		האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☐ לא ☐ כן, פרט _____
☒ כללית ☐ לאומית ☐ מכבי ☐ מאוחדת ☐ אחר		
פרטי הרופאים המטפלים		
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה
<u>ד"ר חגית רותם</u>		טלפון המרפאה
		שבה טופלתי או אני מטופל

5

סיוע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן, הגוף המסייע: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים שם הגוף המייצג או המסייע: _____

6

פרטים על תאונת דרכים

מספר התיק במשטרה	טיפול בתאונה תחנת משטרה ב-	האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? ☐ לא ☐ כן (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)	1
האם נפגעת בהיותך:		☐ הולך רגל ☐ נוסע ברכב ☐ נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)	2
מספר רישוי	סוג הרכב המעורב בתאונה: ☐ פרטי ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע ☐ מונית ☐ אחר, פרט *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב.		3
הרכב בבעלות:		☐ פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם) ☐ רכב ציבורי ☐ אחר	4
במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה ומספר הקו			
פרטי הנהג		שם ומשפחה	5
נוסעים נוספים ברכב:		שם ומשפחה	
מספר זהות / דרכון		שם ומשפחה	
מספר זהות / דרכון		שם ומשפחה	
מספר זהות / דרכון		שם ומשפחה	
מס' פוליסה	שם חברת הביטוח	האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח	6
האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג? תביעה נגד _____ שם העו"ד המטפל _____ כתובתו _____ טלפון _____ פקס _____ דואר אלקטרוני _____ התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____			

7

פרטים על תאונה בנזיקין

סוג התאונה בנזיקין	☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות ☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר
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 הנפגע? ☐ לא ☐ כן התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____	

פירוט העיסוקים

לפני הפגיעה

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

- ☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים
- ☐ קיבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה _____
- ☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
2020	12	30	2020	11	11

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____

☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה _____

משעה _____ עד שעה _____

עבודה ☐

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה בלבד

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

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבוצעת 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 * _____

10

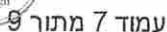
שמות בעלי החשבון			
שם הבנק			
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	
382602	675	כפר יונה	
לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או 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/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. תאריך: 30.12.20 חתימת מקבל התשלום *			

11

☐ עיוור/ נכה 100%	☐ פטור חלקי *
--	--------------------------------------

12

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא 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, דיו קנס כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים. תאריך: 30.12.20 חתימת התובע *			
פרטי מגיש התביעה שאינם הנפגע			
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	☐ אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט דואר אלקטרוני: @	
		☐ לא ☐ ק ☐ SMS מאשר קבלת הודעות	
אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: "פוי כח, צו אפטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.			
אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:			
שם העד לחתימה	מספר זהות ס"ב		



בא ציין את מספר תעודת זהות 033514758 ותאריך הפגיעה 11/11/20

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

13

☐ 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 בו: _____

האם נכון עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☐ כן 1. שם _____ ת.ז. _____

2. שם _____ ת.ז. _____

פגיעה בדרך לעבודה

באיזן שעה ה'ה עליו להתחיל בעבודה? איזן משמרת? הכתובת שבה ה'ה אמור לעבוד?

פגיעה בדרך הביתה

האם ס"ם בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא,

המסירה ליציאה המוקדמת:

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

14

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי

שם המפעל / המעסיק

תאריך תחילת עבודה: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

☐ **אם השלישית במדויקם ששדמו לפנינו נוער העורך מעבודה. נא פרט את סיבת ההיעדרות**

עוד מדין ☐ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

ממתי

עו מלתי

בפכרשום או המענהים 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 שכללו בשכר ברוטו		שם התשלום
		יומי	חודשי		סכום	לתקופה	
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				

☐ העובד לא שב עדיין לעבודה. ☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____

סיבת הפסקת העבודה:

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר

20/11/11

ותאריך הפגיעה

נא ציין את מספר תעודת זהות

15

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (בכון 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)

16

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל:
נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה.

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה



x

חתימה וחתימת

שם החותם

תפקיד החותם

ותאריך

17

☐ 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)**קיבוצ:**☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

x

חתימת המעסיק וחתימת

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

תחילת לקוח



1001 נמסר 1 מתוך 1



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

חותמת קבלה

26/08/28

קמ

033514258

נא למלא מספר תעודת זהות



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה

שם פרטי		שם משפחה		מספר זהות ס"ב	
ש.א.י		10		1033514258	
מין	עיסוק	מספר אישי בצה"ל	תאריך לידה	שנה חודש יום	
זכר	שכיר		03/11/19	03/11/19	
נקבה	מתנדב				
	עצמאי				
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה	ישוב
אבונסין		12		3	נתניה
טלפון קווי		טלפון נייד	אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט		
		0522028112	דואר אלקטרוני:		
			אני מאשר קבלת הודעות SMS		
מען למכתבים (אם שונה מכתובת הרשומה למעלה)					
רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה	ישוב

תאריך הפגיעה	
10/11/2028	
פרטים על הפגיעה	
במהלך המלחמה (כח"י) זמין קונסטרוקציה	
ב-23.8.28 אקראית נפל לתעלה קצת ונחבש	
אחריה נחבש חזרה ב-10.11.28 (נשאר) למטה קיפא אהל	

פרטי מקום העבודה - אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון - אנא מלא סעיף 3א					
שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה					
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק					
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות					
שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות					
טלפון					
רחוב/תא דואר					
מס' בית					
כניסה					
דירה					
ישוב					
מיקוד					
המקצוע ערב הפגיעה:					



61200

בז/ 200 (04.2017)

033514258

נא למלא מספר תעודת זהות

3א

מקום השירות		פרט מקום העבודה - כוחות הביטחון	
☐ צה"ל	☐ משמר הכנסת	טלפון קווי	
☐ שב"ס	☐ משא"ז	טלפון נייד	
☐ משטרה	☐ אחר	מס' פקס	
רחוב/תא	מס' בית	יישוב	מיקוד
תאריך כניסה לשירות קבע		תאריך סיום השירות בקבע	
האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה			
כן ☐ לא ☐			
אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.			

4

פרט הטיפול הרפואי		
האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה: ☐ לא ☐ כן, פרט _____		
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI, וכד')? _____		
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____		
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.		
אני מובטח בקופ"ח _____		
ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:		
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
ד"ר יצחק	רפואת פנים	

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שביצע אתה תובע גמלה	
המסמך או התעוד הרפואי הקשור למגבלה שצינת _____	
המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל _____	
האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שצינת בטבלה למעלה? _____	
כן, פרט: _____	

033514258

נא למלא מספר תעודת זהות

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____

שם המעביד וכתובת _____

תאריך החזרה לעבודה _____

☒ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה: חולשת ימין עקב פגיעה

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ לווידעא אגיע עם מלווה דובר עברית

☐ לווידעא לא אגיע עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9

סיוע ויצוג 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 _____

שם גורם מייצג או מסייע	כתובת	טלפון

תאריך תחילת התקשרות: _____

03354258

נא למלא מספר תעודת זהות

10

שמות בעלי החשבון

מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק
3826002	675	כפר וינך	הפועל

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיפקדו בחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיזיף הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיזיף הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון 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 / 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.

חתימת מקבל הגמלה * 24.1.21 חתימת השותפים לחשבון *

11

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא 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 ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאות לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

חתימת התובע * 24.1.21 תאריך

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע, נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בתביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

קוד גמלה 11	מספר זהות/דרכון 033514258	תאריך הפגיעה שנה חודש יום 2020 09 10
שם משפחה עזריאל	שם פרטי יוסף	
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

2

אני הח"מ, שפרט"י האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי 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 אודותי.

תאריך 24.1.24 חתימת המבוטח *



דו"ח ועדה רפואית

ניסן חי סאיג, מספר זהות 33514258

סניף המגורים סניף ראשי נתניה	סניף הוועדה סניף ראשי נתניה	מספר ועדה NV-19088-2100	תאריך הוועדה 08/03/2021
---------------------------------	--------------------------------	----------------------------	----------------------------

פרטים אישיים

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
ניסן חי סאיג	33514258	03/11/1976	זכר	לבונטין 12/3, נתניה 4231823
טלפון:	052-2028112			

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה 11/11/2020	תיאור הפגיעה מעמד תעסוקתי: עצמאי עצמאי בשיפוצים תיאור המקרה: חבלה נפילה. מהות המקרה: חבלה שוק שמאל וקרסול ימין
----------------------------	--

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה

מתאריך 12/11/2020	עד תאריך 09/02/2021	פירוט 90 ימים
----------------------	------------------------	------------------

נוכחות בדיון

התובע נכח בדיון	זהותו ופרטיו אומתו לפי רשיון נהיגה
-----------------	------------------------------------

משתתפי הוועדה

ד"ר גרמן חזניוק	כירורגיה אורטופדית
מיכל יעל שבתאי	מזכיר הישיבה

דברי התובע

פירוט הליקויים מפי התובע

לקוח

נכון להיום יש לי כאבים בכף רגל איפה שעשו לי ניתוח מתקשה בכמה דברים מסוימים.
במעקב ובפיזיותרפיה.
נותחתי בבי"ח מאיר ע"י ד"ר סאברי.
ברזלים הוצאו לפני שלושה שבועות

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

לא חזר לעבודה עקב הפגיעה.

הצהרה**הצהרה של ניסן חי סאיג**

- אני מאשר כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: ד"ר גרמן חזניוק, מיכל יעל שבתאי
- אני מסכים להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:


ממצאים**מסמכים**

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

בדיקה

הוועדה עיינה בצילומים 12/1/21 כף רגל ימין מצב לאחר שבר ראשי MT2345 שברביעי ובחמישי קיבוע
ע"י KW לדברי התובע בוצעה הוצאת מקבע לפני שלושה שבועות
(דיסק הוחזר לתובע)
בבדיקה: צלקת קדמת שוק שמאל טרייה יחסית ללא אודם חום סימני זיהום או גירוי. שתי צלקות נוספות
איזור כף רגל ימין.
רגישות באיזור כף רגל הגבלה משמעותית תנועות אצבעות כף גל ימין.
בדיקת NV תקינה

מסקנות

מצב זמני.

אבחנות

אבחנות

אבחנה	איבר / צד	תקופה	דגשים
שבר סגור בעצמות המסרק (כף הרגל) - 825.25	ימין	11/11/2020	קיים קשר סיבתי

החלטה**קביעת אחוזים רפואיים**

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז הנכות הנובע מהפגיעה	הערות
מ: 10/02/2021 עד: 28/02/2021	שבר סגור בעצמות/ות המסרק (כף הרגל) - ימין	100%	100% זמני	
מ: 01/03/2021 עד: 30/06/2021	שבר סגור בעצמות/ות המסרק (כף הרגל) - ימין	50%	50% זמני	

שקלול הנכות הרפואית

מתאריך	עד תאריך	מידת נכות	אחוז נכות משוקלל	שקלול לפטור ממס
10/02/2021	28/02/2021	זמני	100%	
01/03/2021	30/06/2021	זמני	50%	

הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: ד"ר גרמן חזניוק

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובע
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר גרמן חזניוק מ"ר 27155

רופא מומחה בכירורגיה אורטופדית, מת"מ 21309

נספח 1 מסמכים שעמדו בפני הוועדה

שם המסמך	תאריך המסמך
כרטיס רפואי (רופא מטפל)	20/01/2021
פיזיותרפיה (סיכום)	20/01/2021
כרטיס רפואי (רופא מטפל)	28/01/2021
אישור מחלה	17/01/2021
תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה	13/01/2021
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	13/01/2021
ב. רופא בקהילה - אורטופדיה Orthopedic	13/01/2021
אש. אורטופדיה Orthopedic-hospitalization	13/01/2021
הפניה לפרוצדורה	13/01/2021
ביקור גלובלי במיון ER - global charge	13/01/2021
זימון לתור לרופא/מרפאה	13/01/2021
תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה	04/01/2021
אישור מעסיק על שכר בטופס תביעה לנכות (בל 7801 עמ' 6)	04/01/2021
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	04/01/2021
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	29/11/2020
אש. אורטופדיה Orthopedic-hospitalization	11/11/2020
הפניה לפרוצדורה	29/11/2020
ביקור גלובלי במיון ER - global charge	11/11/2020
הפניה לפרוצדורה	16/11/2020
זימון לתור לרופא/מרפאה	04/01/2021
תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה (בל 200)	26/01/2021
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	31/01/2021
זימון לתור לרופא/מרפאה	31/01/2021

נספח 2

לנוחותך, הסבר קצר על מושגים שבדו"ח הוועדה ברפואית:

- מהו סעיף ליקוי?

בתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) יש רשימה של ליקויים רפואיים שמסודרים לפי סעיפים. כל סעיף מפרט את הליקוי הרפואי ואחוז הנכות שלו.



דוח ועדה רפואית לתום זמניות

ניסן חי סאיג, מספר זהות 33514258

סניף המגורים	סניף ראשי נתניה	סניף הוועדה	מספר ועדה	תאריך הוועדה
			NV-20478-2100	07/06/2021

פרטים אישיים

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
ניסן חי סאיג	33514258	03/11/1976	זכר	לבונטין 12/3, נתניה 4231823
טלפון:				
052-2028112				

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה	תיאור הפגיעה
11/11/2020	מעמד תעסוקתי: עצמאי עצמאי בשיפוצים תיאור המקרה: חבלה נפילה. מהות המקרה: חבלה שוק שמאל וקרסול ימין

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה

מתאריך	עד תאריך	פירוט
12/11/2020	09/02/2021	90 ימים

החלטה אחרונה מתאריך 08/03/2021

נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
100.0%	10/02/2021	28/02/2021
נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
50.0%	01/03/2021	30/06/2021

נוכחות בדיון

התובע נכח בדיון	זהותו ופרטיו אומתו לפי רשיון נהיגה
-----------------	------------------------------------

משתתפי הוועדה

ד"ר גרמן חזניוק	כירורגיה אורטופדית
יהל מסורי	מזכיר הישיבה

דברי התובע**פירוט הליקויים מפי התובע**

לקוח	אני עדיין עם כאבים ומוגבל בתנועה, בטיפול שרם הסתיים, מבצע פיזיותרפיה, מחר יש לי ביקור במאיר.
------	--

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה
לא חזר לעבודה עקב הפגיעה.

הצהרה**הצהרה של ניסן חי סאיג**

- אני מאשר כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: ד"ר גרמן חזניוק, 'הל מסורי
- אני מסכים להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:


ממצאים**מסמכים**

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

בדיקה

צלקת ניתוחית קדמת שוק שמאל, 20 ס"מ ללא אודם חום
מספר צלקות אספקט גבי כף רגל ימין
תנועות מפרק טיביוטלוארי וסוטלוארי ללא הגבלה. כאבים בזמן הפעלת הסטרס על MT והגבלת תנועת
אצבעות כף רגל.
בדיקה NV תקינה

מסקנות

מצב זמני

אבחנות

אבחנות

אבחנה	איבר / צד	תקופה	דגשים
שבר סגור בעצמות המסרק (כף הרגל) - 825.25	ימין	11/11/2020	קיים קשר סיבתי

החלטה**קביעת אחוזים רפואיים**

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז הנכות הנובע מהפגיעה	הערות
מ: 01/07/2021 עד: 30/11/2021	שבר סגור בעצמות המסרק (כף הרגל) - ימין	30%	30% זמני	

שקלול הנכות הרפואית

מתאריך	עד תאריך	מידת נכות	אחוז נכות משוקלל	שקלול לפטור ממס
01/07/2021	30/11/2021	זמני	30%	

הצהרה של חברי הוועדה

הצהרה של: ד"ר גרמן חזניוק

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובע
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר גרמן חזניוק מ"ר 27155

רופא מומחה בכירורגיה אורטופדית, מת"מ 21309

הצהרה של מזכיר הוועדה: יהל מסורי

אני מצהירה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובע ואיני נמצאת בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: יהל מסורי

עמוד 5 מתוך 6

תאריך: 07/06/2021

מס' ועדה:
NV-20478-2100

ניסן חי סאיג, מס' זהות: 33514258

נספח מונחים

לנוחותך, הסבר קצר על מושגים שבדו"ח הוועדה ברפואית:

- מהו סעיף ליקוי?

בתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) יש רשימה של ליקויים רפואיים שמסודרים לפי סעיפים. כל סעיף מפרט את הליקוי הרפואי ואחוז הנכות שלו.



דוח ועדה רפואית לתום זמניות

ניסן חי סאיג, מספר זהות 33514258

סניף המגורים	סניף ראשי נתניה	סניף הוועדה	סניף ראשי נתניה	מספר ועדה	NV-22972-2100	תאריך הוועדה	04/11/2021
--------------	-----------------	-------------	-----------------	-----------	---------------	--------------	------------

פרטים אישיים

שם:	ניסן חי סאיג	מספר זהות:	33514258	תאריך לידה:	03/11/1976	מגדר:	זכר	כתובת למשלוח דואר	לבונטין 12/3, נתניה 4231823
טלפון:	052-2028112								

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה	11/11/2020	תיאור הפגיעה	מעמד תעסוקתי: עצמאי שיפוצים תיאור המקרה: חבלה נפילה. מהות המקרה: חבלה שוק שמאל וקרוסול ימין
--------------	------------	--------------	---

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה

מתאריך	12/11/2020	עד תאריך	09/02/2021	פירוט	90 ימים
--------	------------	----------	------------	-------	---------

החלטה אחרונה מתאריך 07/06/2021

נכות רפואית	30.0%	מתאריך	01/07/2021	עד תאריך	30/11/2021
-------------	-------	--------	------------	----------	------------

נוכחות בדיון

התובע נכח בדיון	זהותו ופרטיו אומתו לפי רשיון נהיגה
-----------------	------------------------------------

משתתפי הוועדה

ד"ר גרמן חזניוק	כירורגיה אורטופדית
מיכל יעל שבתאי	מזכיר הישיבה

דברי התובע**פירוט הליקויים מפי התובע**

מצבי לא משהו. יותר טוב מבהתחלה. עדיין נפיחות בקרסול לא יכול להזיז 3 אצבעות ברגל	לקוח
הצלקות כואבות לי. קבעו לי עוד סדרת פיזיותרפיה. מרגיש די מתוסכל חלפה שנה. חוו"ד ד"ר אלדד לבנת 30/10/21 - מצ"ב	

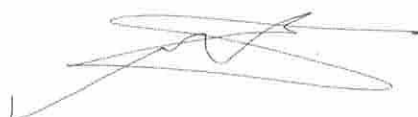
מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

החל עבודה חדשה בתאריך: | במקצוע: שיפוצים
קיימת ירידה בהכנסה, לא מסוגל לעבוד עבודה פיזית.

הצהרה**הצהרה של ניסן חי סאיג**

- אני מאשר כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: ד"ר גרמן חזניוק, מיכל יעל שבתאי
- אני מסכים להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:


ממצאים**מסמכים**

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

בדיקה

בבדיקה: צלקת אספקט גבי כף רגל ימין, וצלקת נוספת באיזור שוק שמאל.
רגישות באיזור הצלקות
אין הגבלת תנועות במפרקים שני הקרסוליים
כאבים בזמן סטרס לאצבע 4 כף רגל ימין.
בדיקת NV תקינה

עמוד 3 מתוך 5

תאריך: 04/11/2021

מס' ועדה:
NV-22972-2100

ניסן חי סאיג, מס' זהות: 33514258

מסקנות

החלטה

הדיון נעצר עקב חסרה התמחות: פסיכיאטריה, כירורגיה כללית.

הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: ד"ר גרמן חזניוק

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובע
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר גרמן חזניוק מ"ר 27155

רופא מומחה בכירורגיה אורטופדית, מת"מ 21309

הצהרה של מזכיר הוועדה: מיכל יעל שבתאי

אני מצהירה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובע ואיני נמצאת בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: מיכל יעל שבתאי

נספח 1 מסמכים שעמדו בפני הוועדה

שם המסמך	תאריך המסמך
תביעה להכרה כנכה נזקק לפי תקנה 18א (בל 279)	19/09/2021
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	07/03/2021
בדיקת MRI למעט בדיקות להן קוד יחודי	02/09/2021
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	05/10/2021
הפניה לפרוצדורה	31/10/2021
הפניה לפרוצדורה	14/09/2021
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	31/10/2021



דוח חוות דעת כירורגיה כללית לתום זמניות

ניסן חי סאיג, מספר זהות 33514258

סניף המגורים	סניף הוועדה	מספר ועדה	תאריך הוועדה
סניף ראשי נתניה	סניף ראשי נתניה	NV-23096-2100	22/11/2021

פרטים אישיים

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
ניסן חי סאיג	33514258	03/11/1976	זכר	לבונטין 12/3, נתניה 4231823
טלפון: 052-2028112				

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה	תיאור הפגיעה
11/11/2020	מעמד תעסוקתי: עצמאי שיפוצים. תיאור המקרה: חבלה נפילה. מהות המקרה: חבלה שוק שמאל וקרוסול ימין

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה

מתאריך	עד תאריך	פירוט
12/11/2020	09/02/2021	90 ימים

החלטה אחרונה מתאריך 07/06/2021

נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
30.0%	01/07/2021	30/11/2021

נוכחות בדיון

התובע נכח בדיון | זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות

משתתפי הוועדה

ד"ר מרסלו ריקרדו פוסניק | כירורגיה כללית
מדלן מדל אטיה | מזכיר הישיבה

דברי התובע**פירוט הליקויים מפי התובע**

מאז התאונה יש לי צלקות אחרי הניתוח בשוק שמאל. הצלקות מגרדות לי ומציקות, יש לי זרמים בצלקות.	לקוח
--	------

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

חזר לעבודה בתאריך: 01/05/2021 | במקצוע: שיפוצים.
לא קיימת ירידה בהכנסות,**הצהרה****הצהרה של ניסן חי סאיג**

- אני מאשר כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: ד"ר מרסלו ריקרדו פוסניק, מדלן מדל אטיה
- אני מסכים להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:


ממצאים**מסמכים**

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

בדיקה

בבדיקה: מצב כללי טוב. ערני, חיוני, פעיל ונינוח.
בבדיקה של הצלקות: על שוק שמאל באספקט הקדמי צלקת עורקית אורכה 17 סנטימטר, רוחב מקסימלי 2 סנטימטר.
הצלקות מעט היפרטרופית וגוון כהה ביחס לסביבה.

בכף רגל ימין: באזור הממטרסוס הרביעי באספקט הדורסלי צלקות ורטיקלית אורכה 4 סנטימטר, רוחב מקסימלי 2 מילימטר אבל בסביבה אזור של היפרפיקמנטציה.

עוד צלקות באספקט החיצוני של הממטרסוס החמישי גם ברגל ימין, צלקות ורטיקלית אורכה 4 סנטימטר, רוחב 1 מילימטר. הצלקת שטוחה והגוון דומה לגוון שמסביב.

מסקנות

הנכות שניתנה היא בגין מכלול הצלקות. כאשר בשוק שמאל הצלקות ארוכה עם היפרפיגמנטציה. בנוסף, עוד 2 צלקות בכף רגל ימין. על כך הנכות.

אבחנות**אבחנות**

אבחנה	איבר / צד	תקופה	דגשים
709.2 - צלקת בעור	דו צדדי	11/11/2020	קיים קשר סיבתי

החלטה**קביעת אחוזים רפואיים**

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז הנכות	הערות
מ: 01/12/2021	צלקת בעור - דו צדדי	75(1)(ב) צלקות בגוף מכאיבות ומכערות	10% צמית	

הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: ד"ר מרסלו ריקרדו פוסניק

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
 - איני הרופא המטפל של התובע
 - לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
 - לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
 - לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד
- מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר מרסלו ריקרדו פוסניק מ"ר 20208

רופא מומחה בכירורגיה כללית, מת"מ 10539

הצהרה של מזכיר הוועדה: מדלן מדל אטיה

אני מצהירה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובע ואיני נמצאת בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: מדלן מדל אטיה

נספח 1 מסמכים שעמדו בפני הוועדה

שם המסמך	תאריך המסמך
תביעה להכרה כנכה נזקק לפי תקנה 18 א (בל 279)	19/09/2021
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	07/03/2021
בדיקת MRI למעט בדיקות להן קוד יחודי	02/09/2021
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	05/10/2021
הפניה לפרוצדורה	31/10/2021
הפניה לפרוצדורה	14/09/2021
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	31/10/2021
פרוטוקול נפגעי עבודה	04/11/2021



דוח חוות דעת פסיכיאטריה לתום זמניות

ניסן חי סאיג, מספר זהות 33514258

סניף המגורים	סניף ראשי נתניה	סניף ראשי נתניה	סניף הוועדה	מספר ועדה	תאריך הוועדה
				NV-23358-2100	28/11/2021

פרטים אישיים

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
ניסן חי סאיג	33514258	03/11/1976	זכר	לבונטין 12/3, נתניה 4231823
טלפון:				
052-2028112				

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה	11/11/2020
תיאור הפגיעה	מעמד תעסוקתי: עצמאי שיפוצים תיאור המקרה: חבלה נפילה. מהות המקרה: חבלה שוק שמאל וקרסול ימין

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה

מתאריך	עד תאריך	פירוט
12/11/2020	09/02/2021	90 ימים

החלטה אחרונה מתאריך 07/06/2021

נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
30.0%	01/07/2021	30/11/2021

נוכחות בדיון

התובע נכח בדיון	זהותו ופרטיו אומתו לפי רשיון נהיגה
-----------------	------------------------------------

משתתפי הוועדה

ד"ר ולנטינה פישקין	פסיכיאטריה
ענבל שגב	מזכיר הישיבה

דברי התובע**פירוט הליקויים מפי התובע**

מאז התאונה עוד לא חזרתי לתפקוד מלא, גם בעסק קשה לי שאני נותן לאחרים, גם בבית קשה לי כי יש ילדה קטנה, הכל נופל על אישתי ויוצר הרבה מתח כי אני לא יכול להיות 100%. קבעתי תור לפסיכיאטר של הקופה.	לקוח
--	------

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

חזר לעבודה בתאריך: | במקצוע: שיפוצים
לא קיימת ירידה בהכנסות,**הצהרה****הצהרה של ניסן חי סאיג**

- אני מאשר כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: ענבל שגב, ד"ר ולנטינה פישקין
- אני מסכים להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:


ממצאים**מסמכים**

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

מידע רפואיב. רופא בקהילה - פסיכיאטר מתאריך: 30/10/2021
ביקור במרפאה**בדיקה**

בבדיקה:

הגיע לבד, מדובר בגבר בן 45 נשוי בשנית אבא ל-2 בנות, סיים 11 שנות לימוד.

בצבא: שירות חלקי, כשנה וחצי.

השתחרר עקב פציעה ברגל לדבריו עם פרופיל 82 והתחתן מוקדם בגיל 19.

עבד כשכיר בתחום השיפוצים ובהמשך כמנהל עבודה בחברה ובשנתיים וחצי האחרונות עצמאי בעסק שלו

בשיפוצים.

שולל פניות לבריאות הנפש עד התאונה.

כשנה אחרי התאונה פנייה חד פעמית לפסיכיאטרית באופן פרטי שמדברת על תגובה הסתגלותית, ד"ר אלדר לבנת, פנייה מ- 30/10/21.

הרופאה מתארת בעיות הקשורות למגבלות גופניות בעקבות הפציעה, עם תגובה רגשית, למשל, סף גירוי נמוך וריבים עם אשתו.

לא מתוארת במכתב תסמונת דיכאונית חרדתית קונסיסטנטית וללא המלצות לטיפול תרופתי. מפנה לשיחות עם פסיכולוג.

בבדיקה, אפקט לא חרדתי תואם מתגוון. מדבר בביטחון, חשיבה מאורגנת, מתאר קשיים פיזיים, שלאחר הפציעה חוסר יכולת לבצע עבודות עם סולם או אחרים הדורשים מאמץ פיזי וצורך לפנות לקבלני משנה לביצוע עבודות.

ללא תסמינים חרדתיים או דכאוניים שמתגבשים לתסמונת ספציפית. לא פסיכוטי. שיפוט ותובנה תקינים.

מסקנות

בבדיקתי, ללא תסמונת פסיכיאטרית מגובשת, פנייה חד פעמית לפסיכיאטרית שנה לאחר הפציעה ללא המלצה לטיפול תרופתי, ממשיך לעבוד בהתאם למגבלות הפיזיות וציין כי משתמש בשירותי קבלני משנה.

אבחנות**אבחנות**

אבחנה	איבר / צד	תקופה	דגשים
F43.2 - הפרעת הסתגלות		11/11/2020	דחייה - אין קשר סיבתי לארוע (כמפורט בפרוטוקול)

החלטה

הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: ד"ר ולנטינה פישקין

אני מצהירה בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
 - איני הרופאה המטפלת של התובע
 - לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
 - לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
 - לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד
- מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר ולנטינה פישקין מ"ר 31390

רופאה מומחית בפסיכיאטריה, מת"מ 20955

הצהרה של מזכיר הוועדה: ענבל שגב

אני מצהירה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובע ואיני נמצאת בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ענבל שגב

נספח 1 מסמכים שעמדו בפני הוועדה

שם המסמך	תאריך המסמך
תביעה להכרה כנכה נזקק לפי תקנה 18א (בל 279)	19/09/2021
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	07/03/2021
בדיקת MRI למעט בדיקות להן קוד יחודי	02/09/2021
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	05/10/2021
הפניה לפרוצדורה	31/10/2021
הפניה לפרוצדורה	14/09/2021
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	31/10/2021
הפניה למרפאה	17/11/2021
ב. רופא בקהילה - פסיכיאטר Psychiatry	30/10/2021
פרוטוקול נפגעי עבודה	04/11/2021
פרוטוקול נפגעי עבודה	22/11/2021



דוח ועדה רפואית לתום זמניות

ניסן חי סאיג, מספר זהות 33514258

סניף המגורים	סניף ראשי נתניה	סניף הוועדה	סניף ראשי נתניה	מספר ועדה	NV-23370-2100	תאריך הוועדה	29/11/2021	המשך לדיון מתאריך	04/11/2021
--------------	-----------------	-------------	-----------------	-----------	---------------	--------------	------------	-------------------	------------

פרטים אישיים

שם:	ניסן חי סאיג	מספר זהות:	33514258	תאריך לידה:	03/11/1976	מגדר:	זכר	כתובת למשלוח דואר	לבונטין 12/3, נתניה 4231823
טלפון:	052-2028112								

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה	11/11/2020	תיאור הפגיעה	מעמד תעסוקתי: עצמאי שיפוצים תיאור המקרה: חבלה נפילה. מהות המקרה: חבלה שוק שמאל וקרוסול ימין
--------------	------------	--------------	---

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה

מתאריך	12/11/2020	עד תאריך	09/02/2021	פירוט	90 ימים
--------	------------	----------	------------	-------	---------

החלטה אחרונה מתאריך 07/06/2021

נכות רפואית	30.0%	מתאריך	01/07/2021	עד תאריך	30/11/2021
-------------	-------	--------	------------	----------	------------

נוכחות בדיון

התובע לא נכח בדיון	לא הופיע – כי לא נדרש
--------------------	-----------------------

משתתפי הוועדה

ד"ר גרמן חזניוק	כירורגיה אורטופדית
צחי יצחק לגזיאל	מזכיר הישיבה

דברי התובע

פרטי הליקויים והחתימה הועתקו מדיון קודם

מצבי לא משהו. יותר טוב מבהתחלה. עדיין נפיחות בקרסול לא יכול להזיז 3 אצבעות
ברגל
הצלקות כואבות לי.
קבעו לי עוד סדרת פיזיותרפיה. מרגיש די מתוסכל חלפה שנה.
חוו"ד ד"ר אלדד לבנת 30/10/21 - מצ"ב

לקוח

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

החל עבודה חדשה בתאריך: | במקצוע: שיפוצים
קיימת ירידה בהכנסה, לא מסוגל לעבוד עבודה פיזית.

הצהרה

חתימת ה לקוח על הפרוטוקול נעשתה במהלך הדיון שבוצע בתאריך 04/11/2021

חתימה:


ממצאים**מסמכים**

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

מידע רפואי

ב. רופא בקהילה - פסיכיאטר מתאריך: 30/10/2021
ביקור במרפאה

בדיקה

בבדיקה: צלקת אספקט גבי כף רגל ימין, וצלקת נוספת באיזור שוק שמאל.
רגישות באיזור הצלקות
אין הגבלת תנועות במפרקים שני הקרסוליים

כאבים בזמן סטרס לאצבע 4 כף רגל ימין.
בדיקת NV תקינה

מסקנות

דיון ללא נוכחות 29.11.21

הוועדה מקבלת חו"ד כירורג ופסיכיאטר.

מבחינה אורטופדית לא נותרה נכות.

אבחנות

אבחנות

אבחנה	איבר / צד	תקופה	דגשים
שבר סגור בעצמות המסרק (כף 825.25 - (הרגל	ימין	11/11/2020	קיים קשר סיבתי
709.2 - צלקת בעור	דו צדדי	11/11/2020	קיים קשר סיבתי

תקנה 15

הוועדה החליטה שאין להגדיל את אחוזי הנכות על פי תקנה 15 מסוגל לחזור לעבודתו

החלטה

חוות דעת רופאים מומחים

רופא: ד"ר מרסלו ריקרדו פוסניק, התמחות: כירורגיה כללית
תאריך חוות הדעת: 22/11/2021

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז נכות	הערות	התייחסות הוועדה לחוות הדעת
מיום: 01/12/2021	צלקת בעור - דו צדדי	75(1)(ב) - צלקות בגוף מכאיבות ומכערות	10% צמית		מקבל

קביעת אחוזים רפואיים

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז הנכות הנובע מהפגיעה	הערות
מ: 01/12/2021	שבר סגור בעצמות המסרק (כף הרגל) - ימין	אין נכות	אין נכות	
מ: 01/12/2021	צלקת בעור - דו צדדי	75(1)(ב) צלקות בגוף מכאיבות ומכערות 10%	10% צמית	

שקלול הנכות הרפואית

מתאריך	עד תאריך	מידת נכות	אחוז נכות משוקלל	שקלול לפטור ממס
01/12/2021		צמית	10%	10%

■ מ- 01/12/2021 ואילך נקבעה לך נכות קבועה של 10%

הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: ד"ר גרמן חזניוק

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
 - איני הרופא המטפל של התובע
 - לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
 - לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
 - לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד
- מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר גרמן חזניוק מ"ר 27155

רופא מומחה בכירורגיה אורטופדית, מת"מ 21309

הצהרה של מזכיר הוועדה: צחי יצחק לגזיאל

אני מצהיר בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובע ואיני נמצא בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: צחי יצחק לגזיאל

נספח 1 מסמכים שעמדו בפני הוועדה

שם המסמך	תאריך המסמך
תביעה להכרה כנכה נזקק לפי תקנה 18 א (בל 279)	19/09/2021
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	07/03/2021
בדיקת MRI למעט בדיקות להן קוד יחודי	02/09/2021
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	05/10/2021
הפניה לפרוצדורה	31/10/2021
הפניה לפרוצדורה	14/09/2021
ב. רופא בבי"ח - אורטופדיה Orthopedic-hospital exam	31/10/2021
הפניה למרפאה	17/11/2021
ב. רופא בקהילה - פסיכיאטר Psychiatry	30/10/2021
פרוטוקול נפגעי עבודה	04/11/2021
פרוטוקול נפגעי עבודה	22/11/2021
פרוטוקול נפגעי עבודה	28/11/2021

נספח מונחים

לנוחותך, הסבר קצר על מושגים שבדו"ח הוועדה ברפואית:

- מהו דיון המשך?
דיון המשך – דיון שנפתח לאחר דיון קודם שנעצר.
- מהו סעיף ליקוי?
בתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) יש רשימה של ליקויים רפואיים שמסודרים לפי סעיפים. כל סעיף מפרט את הליקוי הרפואי ואחוז הנכות שלו.
- מהו שקלול לפטור ממס?
פטור ממס הכנסה ניתן למי שנקבעו לו לפחות 90% נכות לצמיתות או לתקופה זמנית של מינימום 185 יום.
מי שנקבעו לו 75% נכות ומעלה, יתכן ויהיה זכאי להקלות מס אחרות כגון: בקופות גמל.
על מנת למצות זכות זו יש לפנות למס הכנסה.
- מהי תקנה 15?
הגדלת דרגת נכות לנפגע שאינו מסוגל לחזור לעבודה.
כאשר נקבעת דרגת נכות לצמיתות, בודקת הוועדה אם הנכות שנגרמה מהפגיעה בעבודה משפיעה על היכולת של הנפגע לחזור לעבודה שעבד בה לפני הפגיעה ואם הנכות גרמה לירידה משמעותית וקבועה בהכנסותיו.
במקרים אלה, הוועדה יכולה להגדיל את דרגת הנכות לצמיתות עד למחצית דרגת הנכות שנקבעה.
ההחלטה על הגדלת דרגת הנכות על פי תקנה 15 היא בסמכות הוועדה הרפואית. במקרים מסוימים הוועדה מתייעצת בוועדת רשות המורכבת מפקיד תביעות, עובד שיקום ורופא. בדרגת נכות המזכה במענק, תוגדל דרגת הנכות מכוח תקנה 15, עד 19% בלבד. בדרגת נכות המזכה בקצבה, תוגדל דרגת הנכות עד למקסימום 100%.



דוח ועדה רפואית לערר

ניסן חי סאיג, מספר זהות 33514258

סניף המגורים	סניף הוועדה	מספר ועדה	תאריך הוועדה
סניף ראשי נתניה	סניף ראשי נתניה	NV-24646-2100	19/01/2022

פרטים אישיים

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
ניסן חי סאיג	33514258	03/11/1976	זכר	לבונטין 12/3, נתניה 4231823
טלפון: 052-2028112				

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה	תיאור הפגיעה
11/11/2020	- מעמד תעסוקתי: עצמאי שיפוצים - תיאור המקרה: חבלה נפילה. - מהות המקרה: חבלה שוק שמאל וקרוסול ימין

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה	מתאריך	עד תאריך	פירוט
	12/11/2020	09/02/2021	90 ימים

החלטה אחרונה מתאריך 29/11/2021

נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
10.0%	01/12/2021	

נוכחות בדיון

התובע נכח בדיון	זהותו ופרטיו אומתו לפי רשיון נהיגה
-----------------	------------------------------------

משתתפי הוועדה

ד"ר רמי דוד	כירורגיה אורטופדית
ד"ר מריו שטרן	רפואה דחופה, רפואה פנימית
ד"ר איגור אויפה	פסיכיאטריה
מדלן מדל אטיה	מזכיר הישיבה

דברי התובע

פירוט הליקויים מפי התובע

שנה לאחר התאונה, כאבים ברגל, עושה פיזיותרפיה, אצבעות מוגבלות, לא יכול לעזור בבית, הייתי אצל פסיכיאטר באופן פרטי, ממתין לתור מסודר דרך קופת חולים. האווירה בבית מתוחה.	לקוח
---	------

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

חזר לעבודה בתאריך: 01/05/2021 | במקצוע: שיפוצים
קיימת ירידה בהכנסה,

הצהרה

הצהרה של ניסן חי סאיג

- אני מאשר כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: ד"ר רמי דוד, ד"ר מריו שטרן, ד"ר איגור אויפה, מדלן מדל אטיה
- אני מסכים להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:



ממצאים**מסמכים**

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

בדיקה

הועדה עיינה בתשובת emg גפיים תחתונות מ-18.1.22 - שינויים רדיקולופאטיים l5s2 מימין . בבדיקה אורטופדית : צלקת בקדמת שוק שמאל בערך 18 ס"מ, צלקת נוספת בגב כף רגל ימין באורך כ- 4 ס"מ , ללא מטאטרסלגיה , רגישות באזור הצלקת בכף רגל ימין . תנועות סובטאלריות וטיבולריות תקינות , תנועות דורסליות מעוררות רגישות מימין . מבחן ads חיובי חלש מימין ושלילי משמאל , אין סימני crps . היקף שוקיים 12 ס"מ דיסטאלי לגבול התחתון של הפיקות , 38 ס"מ משמאל , 38.5 מימין . הועדה עיינה בסיכום טיפול בבית חולים "מאיר" 11.11.20 עבר שחזור שברים בראשי מסרק 4.5 כף רגל ימין . בבדיקה פסיכיאטרית : נצא בתאונת עבודה מ-2020 , פנה לפס' ד"ר ליבנת אחרי האירוע , לוקה בהפרעת הסתגלות , הומלץ טיפול שיחתי בלבד . בבדיקה : אפקט דיספורי , מתלונן על סף גירוי נמוך , תחושת ערך עצמית נמוכה , הגבלה פיזית וקושי לבצע עבודה כמו מקודם , יחד עם זאת חזר לעבוד בעבודתו ללא ירידה משמעותית בהכנסתו , יש קשר סיבתי בין מצבו הנפשי לתאונה הנידונה , כעת מצבו הנפשי אינו מקנה אחוזי נכות .

מסקנות

הועדה מקבלת את הערר בתחום האורטופדי , הועדה קבעה נכות לפי ס' 351 א-ב מותאם , לא מדובר במטאטרסלגיה פוסטראומטית עם דפורמציה בכף הרגל , החו"ד סבורה ששברים בראשי מטאטארססים אשר חייבו התערבות ניתוחית מלווים בתלונות מצדיקים קביעת נכות ועל כך נקבעה הנכות . לגבי מצב נפשי הועדה קיבלה את הערר וקבעה שיש קשר סיבתי ונכותו 0% .

אבחנות**אבחנות**

אבחנה	איבר / צד	תקופה	דגשים
F43.2 - הפרעת הסתגלות		11/11/2020	קשר סיבתי לפגימה שהוכרה (כמפורט בפרוטוקול)
-(שבר סגור בעצמות המסרק (כף הרגל) 825.25	ימין	11/11/2020	קיים קשר סיבתי
709.2 - צלקת בעור		11/11/2020	קיים קשר סיבתי

החליטה

הוועדה הרפואית החליטה לדחות את הערעור על תקנה 15 אין מקום להפעיל תקנה 15, מסוגל לחזור לעבודתו ואכן חזר.

הוועדה הרפואית החליטה לקבל את הערעור על דרגת נכות

קביעת אחוזים רפואיים

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז הנכות הנובע מהפגיעה	הערות
מ: 01/12/2021	הפרעת הסתגלות	34(ב)(1) הפרעות במצב הרוח, הפרעות חרדה, הפרעות תליות דחק, הפרעות סומטופורמיות והפרעות אכילה- רמיסיה מלאה, בלא הפרעה בתפקוד ובלא הגבלה של כושר עבודה 0%	0% צמית	
מ: 01/12/2021	שבר סגור בעצמות/ המסרק (כף הרגל) - ימין	35(1)(א) ארטריטיס רבמטואידית או ניוונית, אין השפעה על כושר הפעולה הכללי ואין הגבלה בתנועות 5%	5% צמית	- סעיף מותאם, נימוק: א-ב - איבר: גף תחתון - צד: ימין
מ: 01/12/2021	צלקת בעור	75(1)(ב) צלקות בגוף מכאיבות ומכערות 10%	10% צמית	

שקלול הנכות הרפואית

מתאריך	עד תאריך	מידת נכות	אחוז נכות משוקלל	שקלול לפטור ממס
01/12/2021		צמית	14.5%	14.5%

■ מ- 01/12/2021 ואילך נקבעה לך נכות קבועה של 14.5%

הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: ד"ר רמי דוד

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
 - איני הרופא המטפל של התובע
 - לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
 - לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
 - לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד
- מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר רמי דוד מ"ר 18437

רופא מומחה בכירורגיה אורטופדית, מת"מ 13425

הצהרה של: ד"ר מריו שטרן

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
 - איני הרופא המטפל של התובע
 - לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
 - לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
 - לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד
- מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר מריו שטרן מ"ר 1-11431

רופא מומחה ברפואה פנימית, מת"מ 7836

רופא מומחה ברפואה דחופה, מת"מ 18171

הצהרה של: ד"ר איגור אויפה

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובע חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
 - איני הרופא המטפל של התובע
 - לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובע
 - לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובע
 - לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד
- מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: ד"ר איגור אויפה מ"ר 26613

רופא מומחה בפסיכיאטריה, מת"מ 16156

הצהרה של מזכיר הוועדה: מדלן מדל אטיה

אני מצהירה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובע ואיני נמצאת בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: מדלן מדל אטיה

נספח | מסמכים שעמדו בפני הוועדה

שם המסמך	תאריך המסמך
ערר לקוח על נכות מעבודה	08/12/2021
ערר לקוח על נכות מעבודה	16/12/2021

לנוחותך, הסבר קצר על מושגים שבדו"ח הוועדה ברפואית:

- מהו סעיף ליקוי?
בתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) יש רשימה של ליקויים רפואיים שמסודרים לפי סעיפים. כל סעיף מפרט את הליקוי הרפואי ואחוז הנכות שלו.
- מהו אחוז נכות מותאם?
מצב שבו נקבע לך ליקוי שמופיע ברשימת הליקויים הרפואיים, אך הרופא מחליט לקבוע לך אחוז נכות אחר - "מותאם".
- מהו שקלול לפטור ממס?
פטור ממס הכנסה ניתן למי שנקבעו לו לפחות 90% נכות לצמיתות או לתקופה זמנית של מינימום 185 יום ובלבד שבנכות זו כלול סעיף ליקוי עיקרי בשיעור 40% ומעלה.
מקבלי גמלה ממשרד הביטחון או מקבלי קצבה כנפגעי פעולות איבה שנקבעה להם נכות רפואית של 90% לפחות, אינם נדרשים לסעיף ליקוי עיקרי.
מי שנקבעו לו 75% נכות ומעלה, יתכן ויהיה זכאי להקלות מס אחרות כגון: בקופות גמל.
על מנת למצות זכות זו יש לפנות למס הכנסה.
- מהי תקנה 15?
הגדלת דרגת נכות לנפגע שאינו מסוגל לחזור לעבודה.
כאשר נקבעת דרגת נכות לצמיתות, בודקת הוועדה אם הנכות שנגרמה מהפגיעה בעבודה משפיעה על היכולת של הנפגע לחזור לעבודה שעבד בה לפני הפגיעה ואם הנכות גרמה לירידה משמעותית וקבועה בהכנסותיו.
במקרים אלה, הוועדה יכולה להגדיל את דרגת הנכות לצמיתות עד למחצית דרגת הנכות שנקבעה.
ההחלטה על הגדלת דרגת הנכות על פי תקנה 15 היא בסמכות הוועדה הרפואית. במקרים מסוימים הוועדה מתייעצת בוועדת רשות המורכבת מפקיד תביעות, עובד שיקום ורופא. בדרגת נכות המזכה במענק, תוגדל דרגת הנכות מכוח תקנה 15, עד 19% בלבד. בדרגת נכות המזכה בקצבה, תוגדל דרגת הנכות עד למקסימום 100%.