

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. _____

תפקידו

שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת

מטרת יציאתו מחוץ למפעל

תפקיד הנפגע במפעל

שעת החזרה הצפויה

שעת היציאה

☐ 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: _____

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

2

שם המפעל / המעסיק

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי

1913191318181910161010

היקף המשרה ב-% _____ מספר ימי העבודה בשבוע: 6

☒ חודשי ☐ יומי ☐ ארעי ☐ קבוע

תאריך תחילת עבודה: 21/11/2019

מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☒ חודשי

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת היעדרות _____

ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא

בטבלה שלהלן יש לכולל 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 שגבולו בשכר	שם התשלום
חודש	יומי	חודשי	סכום	ברוטו לתקופה	
חודש 8/22	☐	☒	10,992	2000	אגודת
חודש 7/22	☐	☒	11,316	2268	הכרזה
חודש 6/22	☐	☒	9,846	412,300	העניין, הכרזה
חודש 5/22	☐	☒	8,399		

☒ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____

☒ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט השכר הכולל 6192

7300 - 57000

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא

☒ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: 18/11/22 סיבת הפסקת העבודה: סיבת הכרזה

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר: סי.קל.ל

שוגר טופס 100: ☒ כן ☐ לא

שם איש קשר לביורר פרטי שכר: גורל

* חתימת המעסיק: 6.6.23 שם ותפקיד החותם: בן א.א

חתימה וחזותמת

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: 19.2

☐ 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

ב.ג.כ. סחר יבוא והפצה בע"מ

☒ חתימת המעסיק וחותמת

(מדרש רק במקרים של פרטים משלימים)