

עמוד 1 מתוך 8

34027730

גא 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

מתנדב ☐ שכיר ☒ עצמאי ☐
חבר קיבוץ או מושב שיתופי ☐ הכשרה מקצועית ☐

תאונה בעבודה ☒

מחלת מקצוע, פרט ☐

פרטי התובע

1

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)

שם פרטי

שם משפחה

34027730

איציק

היסקוץ

דואר אלקטרוני:

טלפון נייד

טלפון קווי

10528117405@gmail.com

0528117405

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

מס' זהות איש קשר

שם פרטי איש קשר

שם משפחה איש קשר

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.

מען למכתבים – אם שונה מהרשום במשרד הפנים

מיקוד

ישוב

דירה

כניסה

מס' בית

רחוב / תא דואר

2

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

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

תפקיד התובע במקום העבודה

שם מעסיק/ מפעל

סניף 22

מיקוד

ישוב

דירה

כניסה

מס' בית

רחוב / תא דואר

47000

נתי תקווה

24

אימ"ר

מספר פקס

טלפון נייד

טלפון קווי

0503204473

כן, פרט:

לא

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה:

כן, פרט:

לא

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק:

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)

סוג העיסוק

שם העסק

מיקוד

ישוב

דירה

כניסה

מס' בית

רחוב / תא דואר

טלפון פקס

טלפון נייד

טלפון קווי

פרטי מקום העבודה -- כוחות הביטחון

2א'

מקום השירות:

☐ שב"ס

☐ משמר הכנסת

☐ צה"ל

☐ אחר

☐ משטרה

☐ משא"ז

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?

☐ כן ☐ לא

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

פרטי הפגיעה

3

תאריך הפגיעה שעת הפגיעה היום בשבוע שעת הפסקת עבודה תאריך הפסקת עבודה

28/3/26

13:50

שבת

28/03/2026

שנה חודש יום

היכן אירעה הפגיעה?

☒ בדרך לעבודה בניין 80, קניון 177.9
(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ בדרך לביתן (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרכי: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתן או ליעד אחר אני נוסע 1201/2015 ציף רכיש 177.9

80 - 6/60

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

הפגיעה באזור הירכיים

האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☒ כן, פרט:

☐ מכר ☐ חבר לעבודה

מספר טלפון

כתובת

שם

☐ אחר

☐ מכר ☐ חבר לעבודה

מספר טלפון

כתובת

שם

☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

טלפון

תפקיד

שם מקבל ההודעה

שנה חודש יום

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

מי טיפל לראשונה בפגיעה?
(שם הרופא/שירות רפואי)

מהות החבלה
(לדוגמא: שבר, פצע, חתך)

האיבר שנפגע

שם בית החולים / מחלקה

תקופת אשפוז

תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה

שם בית החולים / מחלקה

7

1452

28032020

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 רלוונטיים

פרטי הרופאים המטפלים

טלפון המרפאה

כתובת המרפאה

תחום המומחיות

שם הרופא

שבה טופלתי או אני מטופל

ר"ע תא"ז תא"ז

5

סייע 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 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".

טלפון

כתובת

שם גורם מסייע

03-7412358

סניף זן אילן נחל זיג ללא אל ד תא"ז

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 כתובת מס' פקס מס' טלפון דואר אלקטרוני

האם יש ברשותך תמונות ממקום האירוע? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר מס' תיק אזרחי

פירוט העיסוקים

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

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך			מתאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
			2026	03	21
עד שעה			עד תאריך		
שעה	דקה	שנייה	שנה	חודש	יום
משעה			עד תאריך		
שעה	דקה	שנייה	שנה	חודש	יום
משעה			עד תאריך		
שעה	דקה	שנייה	שנה	חודש	יום

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה _____ עד שעה: _____

☒ עבודה במשמרות

☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

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 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 ☒

פרטי חשבון הבנק של התובע

9

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:
שמות בעלי החשבון

מספר חשבון

מס' סניף

שם הסניף / כתובתו

שם הבנק

192287

10

923

דימנה

א.י.י.י.

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

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

10

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי

הצהרת התובע/מגיש התביעה

11

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 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 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.

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, נדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.

תאריך _____ חתימת התובע _____

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

קרבה לתובע

מספר זהות
ס"ב

שם משפחה

שם פרטי

דואר אלקטרוני:

טלפון נייד

טלפון קווי

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

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

34027230

גא ציין את מספר תעודת זהות

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

1

פרטים על פגיעה מחוץ למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: במסלול שעת הפגיעה: 13:50

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: מסלול

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ למפעל? ☒ 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: שם הקבלן המבצע

☒ פגיעה בדרך לעבודה: 15:00 או משמרת? 3:00 הכתובת שבה היה אמור לעבוד: מסלול

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא

הסיבה ליציאה המוקדמת: הנחיות שבה עבד לפני היציאה לביתו

2

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי

939689527

טוויסטק

תאריך תחילת עבודה: 8.1.23 מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

היקף המשרה ב-100%: 100 מספר ימי עבודה בשבוע: 5

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 נרחשו החייב בדמי ביטוח לחדש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	שם החשולם
חודש		יומי		סכום	לחקופה
חודש		יומי			
חודש		יומי			
חודש		יומי			

☒ העובד שב לעבודה בתאריך: 9.4.26 ☐ 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

☒ לא העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: סיבת הפסקת העבודה

שם בית החופה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מסיק ונלווה שכר

שכר טופס 100: ☐ כן ☐ לא שם איש קשר לביטוח פרטי שכר

דואר אלקטרוני: revital@twistech.co.il מספר טלפון: 054-3204433

חתימת המעסיק: TwisTech LTD חתימת התובע: מל"ר

טל' 054-3204433

TwisTech LTD
514918697 פ"ח

514918697 פ"ח

3402730

נא ציין את מספר תעודת זהות

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 העברת 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 _____

TwisTech LTD
ח"פ 514918697

תאריך: 05/2026 תפקיד החותם: _____ שם החותם: רותם חתומה וחתימה

5 פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאשר

☐ 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 ביוסח הישן)

קיבוצי:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחתימת X

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

עמוד 8 מתוך 8

34027730

נא ציין את מספר תעודת זהות

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

60

34027730

תאריך הפגיעה

28/03/2020

שנה חודש יום

שם פרטי

איציק

שם משפחה

הירשקוביץ

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 אודותי.

חתימת המבוטח

תאריך