

**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: אולם אייבון אופקים  
 שעת הפגיעה: 14:30  
 המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: אולם אייבון אופקים  
 האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☒ כן בדרך כלל מועסק ב: (הגן נחשו)  
 האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? ☐ לא ☒ כן 1. שם י. ספקר ת.ז. 040441255  
 2. שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

|                   |                        |                                    |                 |
|-------------------|------------------------|------------------------------------|-----------------|
| תפקיד הנפגע במפעל | מטרת יציאתו מחוץ למפעל | שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת | תפקידו          |
| <u>נהג נחשו</u>   | <u>הוספה</u>           | <u>יוסי כן נין</u>                 | <u>נהג נחשו</u> |
| שעת היציאה        | שעת החזרה הצפויה       |                                    |                 |
| <u>13:00</u>      | <u>14:30</u>           |                                    |                 |

☐ 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**

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי \_\_\_\_\_ שם המפעל / המעסיק \_\_\_\_\_

תאריך תחילת עבודה: 11/5/25 מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי היקף המשרה ב-%: 100 מספר ימי העבודה 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**

| חודש, כולל חודש הפסקת העבודה | מס' הימים בעבורם שולם השכר | העובד הוא                           |                          | שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח חודש זה בש"ח | תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו |                     |
|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------|
|                              |                            | יומי                                | חודשי                    |                                         | סכום                                             | לתקופה              |
| חודש <u>אפריל</u>            | <u>16</u>                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>10,022</u>                           |                                                  |                     |
| חודש <u>מאי</u>              | <u>20</u>                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>10,515</u>                           |                                                  |                     |
| חודש <u>אפריל</u>            | <u>19</u>                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>10,266</u>                           | <u>150</u>                                       | <u>אפריל (מאזר)</u> |
| חודש <u>מאי</u>              | <u>18</u>                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>10,238</u>                           | <u>417</u>                                       | <u>מאי (מאזר)</u>   |

☐ העובד שב לעבודה בתאריך \_\_\_\_\_ ☒ העובד לא שב עדיין לעבודה.  
☒ האם היו שינויים בשכר העובד ב-12 החודשים האחרונים למועד הפגיעה בעבודה? נא לפרט (מאזר) שכר  
☒ 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 \_\_\_\_\_  
 שוגר טופס 100: ☐ כן ☒ לא שם איש קשר לבירור פרטי שכר אליזבא אלכין מספר טלפון: 08-6750144  
 דואר אלקטרוני: aviadecpa@gmail.com  
 חתימת המעסיק: יו תאריך: 21/7/26 שם ותפקיד החותם: יוסי כן נין חתימה וחותמת: מנחם חנניה

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: 19.5☐ 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 למניקא הסחורה היו זכויים אלא 3 לקציןמקרה המעסיק קפוא, האם המאנה אלא יציא המעסיק יציא 2 בוקצין אלא

21/7/2026

תאריך תפקיד החותם אנפ התורה שם החותם יוסי בן נין חתימה וחתימת א.מ. חנונה בע"מ

ח.פ. 515947224

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 וחתימת \*

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)