



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

בפקס
מבלי לפגוע בזכויות

06 יולי 2026
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה
סניף תל אביב

א.ג.נ שלום רב,

תאונה מיום 6/6/25
הנפגע: גבריאל ברידו, ת"ז 321436743
תביעה לעיון מחדש ותשלום נכה נזקק

1. בהמשך להליך שבנדון ובשים לב לכך שתביעה להכרה במרשי כנכה נזקק נדחתה בנימוק שגוי ובשים לב לכך שערר שהוגש ע"י מרשי בחודש אוקטובר 2025 לא נכון וערר שהוגש על ידכם נדון ונדחה הריני מתכבד לפנות בתביעה להכרה במרשי כנכה נזקק באופן רטרואקטיבי ופרוספקטיבי.
2. עובדה שאין עליה מחלוקת הינה שמרשי לא עובד ועודנו אינו מסוגל לעבודה.
3. יצויין כי לאחרונה מרשי היה מעורב בניתוח כתף וגם מן הטעם הזה הוא אינו כשיר לעבודה כלל ועיקר.

לכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין

אגף פניות הציבור
המוסד לביטוח לאומי
באמצעות פקס: 02-6525038

העתקים:
מר צביקה כהן
מ"מ מנכ"ל הביטוח הלאומי
באמצעות דוא"ל: mankal@nioi.gov.il



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי עבודה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג

דפיו המסמר

9 6 1 6 1 2 5
יום חודש שנה

תביעה להכרה כנכה נזקק

תאריך הפגיעה בעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה

שם פרטי

מספר זהות

ס"ב

ברידו

גבריאלי

3 2 1 4 3 6 7 4 3

2

פרטים על עיסוקי לפני הפגיעה – נא סמן במקום המתאים

☒ שכיר – מקום העבודה ע.נור הובלות ומסחר כללי בעמ

מעמד: ☐ זמני ☐ קבוע

ותק במקום העבודה: 1/3/2016 . מקצוע נהג משאית - נהג מוביל-מנופאי

הוצעה לי עבודה אחרת ע"י מעבידי: ☐ כן ☒ לא, ציין את הסיבה

חובה להחתים את המעביד, במקום העבודה בו נפגעת, על סעיף 4 בטופס זה.

☐ עצמאי/בעל שליטה ☐ העסק בבעלותי ☐ שותפות * יש לצרף דוחות מע"מ של העסק לתקופה המבוקשת

מצב העסק כיום: ☐ סגור ☐ הפעילות צומצמה ☐ אין שינוי בפעילות העסק

אני מעסיק עובדים: ☐ לא ☐ כן

ברצוני להוסיף על האמור לעיל: אני באי כושר מלא לעבודה עפ"י קביעת רופא תעסוקתי

3

הצהרה

אני מצהיר בזאת שבתקופה מתאריך 07/06/25 עד תאריך היום, לא הייתה לי כל הכנסה מן המקורות שלהלן: הכנסה מהתעסקות, ואינני זכאי עבור תקופה זו לכל תשלום מאת מעבידי.

ידוע לי, כי אם תאושר זכאותי כנכה נזקק, תבוטל זכאות לאבטלה(אם יש כזו). ידוע כי מחובתי לעדכן את המוסד לביטוח לאומי מיד עם שובי לעבודה.

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 ביועין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת www.btl.gov.il < יצירת קשר > פנייה בנושא הגנת הפרטיות... אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצדדי ג', בהתאם לדין.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך 5.7.26 שם גבריאלי ברידו חתימה *