

המוסד לביטוח לאומי

אישור על שליחת מסמכים בנושא דמי פגיעה לסניף כפר סבא

מספר מזהה: 46940994

תאריך הפגיעה: 12/06/2025

לכבוד

מרסה אליהו

שלום רב,

הרינו לאשר קבלת המסמכים שנשלחו על ידך בתאריך: 26/07/2025.

להלן פרטי המסמכים שנשלחו על ידך לסניף כפר סבא :

תאור המסמך

תביעה לתשלום דמי פגיעה בל 211
תביעה לתשלום דמי פגיעה בל 211
תביעה לתשלום דמי פגיעה בל 211
תביעה לתשלום דמי פגיעה בל 211

שם המסמך

תביעה לתשלום דמי פגיעה ותאונת עבודה מרסה אילהו.pdf
מכתב אשפוז אסותא.pdf
תלושים מרסה אליהו.pdf
דוח רופאי דר שיינבגר.pdf

אנו מודים לך על ביצוע פעולה זו באמצעות אתר המוסד לביטוח לאומי,
ומקווים כי מצאת את השירות יעיל ונוח.

בכבוד רב,



המוסד לביטוח לאומי

לתשומת לבך, בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד לביטוח לאומי ו/או בתיקו של המבוטח, הרישומים שבידי המוסד לביטוח לאומי קובעים. טלפון לביטוח לאומי - בימים א' עד ה' 048812245, *6050 בין השעות 08:00 עד 17:00



טלפון: 09-7680464 09-7687604

פקס: 09-7680467

כתובת: בקעת בית נטופה 25, כפר סבא

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 50312354

שם פרטי: אליהו

שם משפחה: מרסה

טל.עבודה/נייד: 0508883151

0508216980

טלפון:

מין: ז

18/11/1950

ת.לידה:



0050312354

מיקוד 4528275

כתובת: קציר אפריים 20/8, הוד השרון

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם האב *	שכיר/עצמאי	חבר (כל)	שם המעביד וכתובתו	מקצוע
	שכיר	כ	אלחנית נכסים בע"מ	קונדיטור
ת. פגיעה	שעה	התעסקות בשעת הפגיעה		
12/06/2025	07:30	עבודה במטבח		
האיבר שנפגע	שם הרופא המטפל	נמצא בטיפול מיום		
אמה מימין	פיונה סילבר	18/06/2025		

תאור התאונה, פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול:

אושפז 12.6.2025 עקב שבר פתוח באמה מימין
חבלה ושבר משולחן במטבח במהלך עבודה
עבר ניתוח עם ORIF

אבחנה:

• FRACTURE ULNA UPPER THIRD
open fracture s/p ORIF

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

הנ"ל אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת

במשך: 89 ימים, היינו מיום: 12/06/2025 עד יום: 08/09/2025 (בכלל)

03/08/2025

תאריך הבדיקה

חתימה וחוקמת הרופא



חשוב - תעודה זו מיועדת לצורך הגשת תביעה למימוש זכויותך כנפגע עבודה, למוסד לביטוח לאומי. אי הגשת תביעה עלולה למנוע המשך קבלת שירות רפואי מהקופה ותהיה על אחריותו הבלעדית של הנפגע.



035422



טלפון: 09-7680464 09-7687604

פקס: 09-7680467

כתובת: בקעת בית נטופה 25, כפר סבא

ד"ר סילבר פיונה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 50312354

שם פרטי: אליהו

שם משפחה: מרסה

טל.עבודה/נייד: 0508883151

0508216980

טלפון:

מין: ז

18/11/1950

ת.לידה:

מיקוד 4528275

קציר אפרים 20/8, הוד השרון

כתובת:



0050312354

תעודה רפואית נוספת לפגיעה בעבודה

שם האב	שכיר	שם המעביד וכתובתו
*	כן	אלחנית נכסים

י מאשר שהנפגע הנ"ל סובל מ:

• FOLLOW UP EXAMINATION

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

אי כושר זה הוא, לפי דעתי, תוצאה ישירה מהפגיעה שקרתה, לפי דברי הנפגע הנ"ל,

ביום: 12/06/2025

08/09/2025

42 ימים, היינו מיום:

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות:

עד יום: 19/10/2025 (בכלל).

05/10/2025

תאריך הבדיקה





דף 1 מתוך 1

תיק:
5031235-4-11-00
מנה: 1111
י"ג בחשון, תשפ"ו
04 בנובמבר 2025

481-018-000

לכבוד
מרסה אליהו
קציר אפריים 20 דירה 8
הוד השרון 4528275



אדון נכבד,

הנדון: אישור על הגשת תביעה לגמלת נכות מעבודה

אנו מאשרים כי ב- 02/11/2025 התקבלה תביעה לגמלת נכות מעבודה בגין הפגיעה ביום 12/06/2025.

לתשומת לבך, אם בידך תעודות נוספות על אי-כושר לעבודה, אתה מתבקש להמציאן למחלקת נפגעי עבודה בסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.

לידיעתך, לאחר שתיקבע לך דרגת נכות, לא תהיה זכאי לתשלום דמי פגיעה נוספים.

לצורך קיצור משך הטיפול בתביעתך, נבקש ממך להעביר אלינו כל מסמך רפואי הקשור לפגיעה בעבודה ולא נמסר עד כה, כגון: צילומי רנטגן (דיסקים), תוצאות בדיקות הדמיה, סיכומי מחלה ודוחות טיפוליים.

ניתן לצפות בסרטון הדרכה לנבדק בוועדה רפואית באתר הביטוח הלאומי באינטרנט www.btl.gov.il.

בכבוד רב,
פקיד תביעות
נפגעי עבודה

BTL.GOV.IL

טל: 6050 * או 1-222-6050
פקס: 09-7479868
שעות מענה:
ראשון עד חמישי 08:00 עד 17:00

סניף כפר סבא
ויצמן 39

כפר סבא 4435107
קבלת קהל: ראשון, שלישי, חמישי 8:30 עד 13:00



דף 1 מתוך 1

תיק:
50312354-60-01
ג' באב, תשפ"ה
28 ביולי 2025

481-018-000

לכבוד
אליהו מרסה
קציר אפריים 20 דירה 8
הוד השרון 4528275


מספר תיק: 05031235-4
תאריך פגיעה: 12/06/2025

אדון נכבד,

הנדון: תביעה לתשלום דמי פגיעה

אנו מטפלים בתביעתך לתשלום דמי פגיעה.
המסמכים שצירפת אינם מאפשרים קבלת החלטה.
כדי שנוכל לקבל החלטה, יש צורך בנוסף במסמכים ובנתונים הבאים:

- נא פרט נסיבות האירוע בצורה מפורטת.
- מהן שעות עבודתך בשגרה?
- יש לחתום על סעיף 11 בטופס התביעה "הצהרת התובע".
- יש להחתים את מעסיקך על הסעיפים הרלוונטיים בטופס התביעה בחתימה וחותמת העסק.
- תעודה רפואית בציון אבחנה רפואית לתקופת העדרותך מהעבודה.
- אסמכתא כי התאונה ארעה במסגרת עבודתך.

נא להשלים את הפרטים החסרים, לצרף את המסמכים החסרים, ולהחזיר את הטופס בהקדם
האפשרי על מנת שנוכל לטפל בתביעה.

לנוחותך, ניתן לשלוח את המסמכים באמצעות אתר הביטוח הלאומי.

בכבוד רב
פקיד תביעות
הביטוח הלאומי



BTL.GOV.IL

טל: 6050* או 1-222-6050
פקס: 09-7479868
שעות מענה:
ראשון עד חמישי 08:00 עד 17:00

סניף כפר סבא
ויצמן 39

כפר סבא 4435107

קבלת קהל: ראשון, שלישי, חמישי 8:30 עד 13:00