



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

14 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
באמצעות האתר

ח"נ שלום רב,

תאונה מיום 12.6.2025
הנפגעת: אליהו מרסה, ת"ז 50312354
תביעה להכרה כנכה נזקק

הריני מייצג את מרשי שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. מאז התאונה ובעטיה מצוי מרשי באי כושר מלא.
 2. רצ"ב טופס תביעה לנכה נזקק.
 3. כן, רצ"ב אישור מעביד אודות אי העסקתו מאז התאונה.
 4. לעיונכם וטיפולכם המסור בהכרה כמרשי כנכה נזקק נוד
- רצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

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



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי עבודה

תביעה להכרה כנכה נזקק
לפי תקנה 18 א'

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך									
דפים									

1 2 0 6 2 0 9 5
יום חודש שנה

תאריך הפגיעה בעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	ס"ב
מרסה	אליהו		4
		0 5 0 3 1 2 3 5	

2

פרטים על עיסוקי לפני הפגיעה – נא סמן במקום המתאים

☒ שכיר – מקום העבודה _____ אלחנית נכסים בע"מ

מעמד: ☐ זמני ☐ קבוע

ותק במקום העבודה: _____ מקצוע _____ מנהל מטבח

הוצעה לי עבודה אחרת ע"י מעבידי: ☐ כן ☒ לא, ציין את הסיבה _____ אני באי כושר מלא לעבודתי

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 צומצמת ☐ אין שינוי בפעילות העסק

אני מעסיק עובדים: ☐ לא ☐ כן

ברצוני להוסיף על האמור לעיל: _____

3

הצהרה

אני מצהיר בזאת שבתקופה מתאריך 12/6/2025 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 וצרפותיו 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 שירות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותי לקבלת שירות 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 14.7.26 שם _____ אליהו מרסה _____ חתימה * _____

12/7/26

בס"ד

לכבוד : כל מען בדבר

הנדון " מרסה אליהו ת"ז 050312354

אנו מאשרים בזה מרסה אליהו ת"ז 050312354
לא חזרה לעבוד, מאז תאונת העובד ביום 12.6.25

בכבוד רב

אלחננית גבסיר בע"מ

רח' קציר אפרים 20/8 דוד השרון 4528260 טל. 09-7455838 פקס : 09-7456811

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
שם	שם	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מס'	עיר	מיקוד
טלפון			

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____ X _____

ייפוי כוח

אני הח"מ סמך 050312354 ת.ז. 050312354 ממנה בזאת את עו"ד ניר רשף מ.ר. 19950 ו/או עו"ד אריאל פרייברג מ.ר. 62254 להיות בא כוחי בענין

מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי ראשי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולן ו/או מקצתן, הכל בקשר לעניין הנ"ל הנובע ממנו, כדלקמן:

1. לחתום ולהגיש כל בקשה, תגובה, ערר, בקשת רשות ערעור, ערעור, בקשה לדיון נוסף, בקשה לדיון חוזר, לבקשה לעיון חוזר, תביעה, הודעה וכל מסמך אחר הנוגע או נובע מההליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. להזמין עדים, למנות מומחים, להעתיק חומר חקירה ולעלות את כל הפעולות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים כיום ויהיו קיימים בעתיד, ופעולות בתוקף כל חוק או פרוצדורה אחרת שחלה או שתחול על העניין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד בדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לעניין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת הפעולות הנ"ל בפני כל בתי המשפט, בתי הדין או מוסדות אחרים הן ממשלתיים והן אחרים.
5. להודות או לכפור באשמה בנוכחות הנאשם ו/או בהיעדרו.
6. למסור כל העניין הנוגע או נובע מהעניין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמועיל.
7. להתפשר בכל עניין הנוגע או הנובע מהעניינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על פשרה כזו בבית המשפט או מחוצה לו, כולל הסדר טיעון בהליך הפלילי.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל עניין מהעניינים הנ"ל, לרבות הוצאות בית המשפט ושכר טרחת עורך דין, לקבל בשמי כל מסמך ו/או חפץ, ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פסק דין או החלטה או צו, לדרוש פקודת מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י הדין.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל עניין הנובע מהעניין הנ"ל.
11. להופיע בשמי ולייצגני בפני רשם הקרקעות, בלשכת רישום מקרקעין, לחתום בשמי ובמקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עסקה (דיספוזיציה) המוכרת ע"י החוק, וליתן הצהרות, קבלות ואישורים, ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י הדין.
12. לייצגני ולהופיע בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם אגודות שיתופיות, לחתום בשמי ובמקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או מחיקתו של כל גוף משפטי, ולטפל בכל דבר הנוגע לו, ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.
13. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן כל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.
14. לטפל בשמי בתביעות מול הביטוח הלאומי.
15. לחתום ולשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל או פירוק.
16. להעביר ייפוי כוח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעורך דין עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את העניין הנ"ל לפי ראות עיניו, ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם העניין הנ"ל.

הנני מאשר/ת את מעשיו ו/או מעשי ממלאי המקום בתוקף ייפוי כוח זה מראש.

המילים הבאות ביחד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום 5 ביולי שנת 2026



חתימה

הנני מאשר את חתימת מרשי/תי הנ"ל