

תאריך קבלת הטופס בקופה

שנה	חודש	יום



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד
טופס זה אינו משמש תביעה לדמי פגיעה. על מנת להגיש תביעה לדמי פגיעה יש
למלא טופס בל/211 הקיים באתר האינטרנט.

פרטי המעסיק

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי
עלית הוצאת מלאכה	932049828	035597075
רחוב / תא דואר	מיקוד	טלפון פקס
הדורית	5895116	035569861
מס' בית	ישוב	
25	חולון	

לכבוד קופת חולים / בית חולים אריאל נא להגיש עזרה רפואית לי: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
אלפסי	יוני	זכר ☒ נקבה ☐	067863720

פרטי התאונה

נפגע בתאריך 16.08.2026 בשעה 13:50 כאשר עבד ב עלית הוצאת מלאכה סוג העבודה

מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר

כתובת מקום התאונה צומת החיים סניף יבנה אשכול חא"י

תיאור התאונה הנחשט לעיסת בנאנז יריק מלא חלץ רכב מלפני ימין שנסע
כהנזר אצרים בצימ (נפילת) חלץ (השאלי) א היים הענף
כאזו אצרים

האיבר שנפגע חוט ופגוע בראש

אישור העובד: חתימה * 26.8.26 תאריך 26.8.26

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

על-כך הנדסה מעלות (1992) בע"מ
המורה 25 את. מילון
טלפון 03-5597075
03-5569861

תאריך 26.8.26 תפקיד החותם מנהל שם החותם אליה חתימה וחתימת

תאריך קבלת הטופס בקופה

שנה	חודש	יום

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד
טופס זה אינו משמש תביעה לדמי פגיעה. על מנת להגיש תביעה לדמי פגיעה יש
למלא טופס בל/211 הקיים באתר האינטרנט.

פרטי המעסיק	
שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים
סניף הוצאת אגרות	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מיקוד
מס' בית	טלפון פקס
החזית	מספר זהות / דרכון
25	5885116
החזית	03/5/5/6/9/8/6/1

לכבוד קופת חולים / בית חולים ארכי נא להגיש עזרה רפואית לי: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר

פרטי התובע	
שם משפחה	שם פרטי
אליפסי	יון
מין	מספר זהות / דרכון
☒ זכר ☐ נקבה	06/7/8/6/3/7/2/0

פרטי התאונה	
נפגע בתאריך	כאשר עבד ב
16/08/2026	סניף הוצאת אגרות
שנה חודש יום	סוג העבודה
16/08/2026	11/3/5/0
☐ במקום התאונה: ☒ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר	
כתובת מקום התאונה צומת החיל סיני יצא אלסון ח"א	
תיאור התאונה החלום אינסוף כחצור יריק חסר חלל כנס אלצב יחין שנסף כחצור אלצים כחצור (נפח) חלצב (השאלתי & היים תועד)	
האירוע שנגרם חלצב אלצים	
אישור העובד: חתימה * <u>26.8.26</u> תאריך	

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	
תאריך <u>26.8.26</u> תפקיד החותם <u>ארכי</u> שם החותם <u>אליפסי</u> חתימה וחותם	

על-דבר הודעת מעלות (1992) בע"מ
המספר 25 א.ת. מלון
טלפון 03-5597075
03-5569861



לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמיצוי זכויות,
יש לסרוק את הברקוד

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

מסמכים שחובה לצרף לטופס זה

- ☞ תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על אבחנה רפואית כתוצאה מהפגיעה.
- ☞ עצמאי – אם פגיעתך ארעה בזמן עבודה מחוץ לעסק, עליך לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (כמו: חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה)
- ☞ עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זהוי והיתר העסקה משירות התעסוקה.
- ☞ מתנדב – עליך לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- ☞ בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה, העתק מההודעה לחברת הביטוח והעתק מתעודת ביטוח חובה.
- ☞ במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופסות.
- ☞ קורונה – יש לצרף הפניה לבדיקה ותוצאות בדיקת קורונה ראשונה, אישור מהמעסיק על סבירות גבוהה להדבקה במקום העבודה ופרטי ממונה הקורונה במקום העבודה.

לידיעתך

- ☞ עליך להגיש את התביעה תוך 12 חודשים מיום הפגיעה. על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- ☞ תביעה שלא נחתמה ע"י התובע (בסעיפים 11 במקום המסומן ב-X), תוחזר בדואר ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- ☞ בתביעה של עובד שכיר על המעסיק למלא את סעיפים 1 – 5 בעמודים 6-7 ולחתום במקומות המסומנים ב-X.
- ☞ משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, (למעט תביעה למחלות מקצוע).
- ☞ לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il
- ☞ אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.

כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו ולצרף את המסמכים הנדרשים.
- ☞ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ☞ לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)		מס' זהות / דרכון 01 סוג המסמך דפים	
------------------------------------	--	--	--

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☐ תאונה בעבודה	☒ שכיר	☐ עצמאי	☐ מתנדב
☐ מחלת מקצוע, פרט	☐ הכשרה מקצועית	☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי	

1 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לשבד זר)
אלפסר	ציון	067863720
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
036123707	0507008332	
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:		
שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר
		0
☐ 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		
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
המבדיל	17	
דירה	יישוב	מיקוד
	רמת גן	

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אגא מלא סעיף 2א' שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל על רד הנדסה	תפקיד התובע במקום העבודה
רחוב / תא דואר	מס' בית
המרכבה	25
טלפון קווי	טלפון נייד
035597075	
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☐ לא ☐ כן, פרט:	מספר פקס
	035569861
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☐ לא ☐ כן, פרט:	שם העסק
	סוג העיסוק
עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)	רחוב / תא דואר
	מס' בית
	כניסה
	דירה
	יישוב
	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד
	טלפון פקס

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 הפסקת עבודה

תאריך הפסקת עבודה

שעת הפגיעה

היום בשבוע

11/08/2026
שנה חודש יום

15:30

16/8/26

13:50

ראשון

היכן אירעה הפגיעה?

☐ במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☒ מחוץ למפעל

☐ בדרך לביתך

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר

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

נכבד חצי גלאב, ונמצא (5' היבט של ירוק) בדרך לעבודה - יצאנו מהחללית - יצאנו מהחללית - יצאנו מהחללית

האם נכחו עדים בתאונה? ☒ לא ☐ כן, פרט:

שם

כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

שם

כתובת

מספר טלפון

☐ חבר לעבודה ☐ מכר

☐ אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

שם מקבל ההודעה

תפקיד

טלפון

11/08/2026
שנה חודש יום

נאם ניסמאק

מנהל עבודה

052-222 5578

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

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם החפא/שירות רפואי)
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
שנה חודש יום 16/08/2026	שעה 11:00	א. כהן

האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום?
☒ לא ☐ כן, פרט _____

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל	סלפון המרפאה

5 סיוע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן

הגוף המסייע: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ אחר _____

שם הגוף המייצג או המסייע: _____

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 _____
 כתובתו _____ מס' טלפון _____
 מס' פקס _____ 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

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת * נא לצרף אישורים מתאימים

☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך
12/5/2018
שנה חודש יום

מתאריך
11/6/2018
שנה חודש יום

עד שעה
[][][][][]

משעה
[][][][][]

עד תאריך
[][][][][][][][][]
שנה חודש יום

מתאריך
[][][][][][][][][]
שנה חודש יום

☐ שהיתי
/ בעסק
בעבודתי

עד שעה
[][][][][]

משעה
[][][][][]

עד תאריך
[][][][][][][][][]
שנה חודש יום

מתאריך
[][][][][][][][][]
שנה חודש יום

☒ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך 16/8/2026 ☐ סרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

☒ משעה 7:00 עד שעה 17:00

☐ עבודה במשמרות

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 שבצעת בפועל)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך 26/08/2026 שם פרטי ומשפחה חתימה X

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

אלפסי צירן

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
12	סניף בי"א'ק רמת גן	613 676	255523

☐ לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבון 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.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווה עברה על החוק וכי אדם אשר גורם במרמה או בודיעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לענין, דים 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 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 ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ואו 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.

תאריך 26/08/2026 חתימת התובע *

פרטי מגיש התביעה שאים הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	
		@	

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: ייפוי כח, צ אפוטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות - יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

שם העד לחתימה ת.ז.

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: בית הוראה (בית הוראה) - שעת הפגיעה 13:50

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: בית הוראה - 2 חודש

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ 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
סיפוס	סיפוס בחפץ ופחית	לחצור	לחצור
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		

☐ 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

שם המפעל / המעסיק _____ מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי _____

על רד הנדסה _____

9 3 2 0 4 9 8 2 8 0 0

תאריך תחילת עבודה: 01/06/04 מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☒ חודשי

מספר ימי העבודה: 5 שבוע: 100.00 היקף המשרה ב-%: _____

☐ 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 ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר בחסו	
		יומי	חודשי		לתיקופה	סכום
חודש 07/26	24.0	☒	☐	17306		
חודש 06/26	24.0	☒	☐	17306		
חודש 05/26	24.0	☒	☐	17606		
חודש 04/26	24.0	☒	☐	17656		

☐ העובד שב לעבודה בתאריך 26.8.26 ☐ 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: ☒ כן ☐ לא

☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעות המעסיק מפיק תלושי שכר _____

שוגר סופס 100: ☒ כן ☐ לא

שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: 03-5597075

חתימת המעסיק _____ תאריך 26/08/2026 שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____

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

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתם.
אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

הכרזת מעסיק
המאשר את
הפרטים שהעובד
מסר על פגיעתו
ביום 26/08/2026

תאריך 26/08/2026 תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת X _____

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסהמעסיק 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)קיבוצי:☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

X חתימת המעסיק וחותמת _____

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

קוד גמלה 60	מספר זהות/דרכון 6 7 8 6 3 7 2 0	תאריך הפגיעה 16/08/2026 שנה חודש יום
שם משפחה אלפסי	שם פרטי ציון	
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.

תאריך 26/08/2026 חתימת המבוטח *

מ.ר גורם מפנה



מסמך אושר
דיגיטלי
מכבי

ד"ר וינפאס מיכאל

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 03-6738090

פקס: 03-6730763

כתובת: קריניצי 16, רמת גן

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 67863720

שם פרטי: ציון

שם משפחה: אלפסי

טל.עבודה/נייד: 0522640462

03-6123707

טלפון:

מין: ז

17/09/1962

ת.לידה:



0067863720

כתובת:

המבדיל 17/10, רמת גן

מיקוד 5256219

תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

שם האב ניסים ז"	שכיר/עצמאי שכיר	חבר (כל) כ	שם המעביד וכתובתו על רד הנסדת מעליות	מקצוע טכנאי
ת. פגיעה 16/08/2026	שעה 13:45	התעסקות בשעת הפגיעה נהיגה		
האיבר שנפגע כתף וברך שמאל	שם הרופא המטפל ד"ר מיכאל וינפאס		נמצא בטיפול מיום 16/08/2026	

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

ת עבודה ת דרכים כאבים במיון ללא שבר מבקש נוגד כאב נוסף לאקמול ואופטלגין
הממצא הקליני:

כאבים בגוף. זה בשל אוטו אחר שנסע באדום והתנגשות ביניהם
אבחנה:

• ROAD ACCIDENT

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת על-ידי הנ"ל:

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

במשך: 10 ימים, היינו מיום: 16/08/2026 עד יום: 25/08/2026 (בכלל)

20/08/2026

תאריך הבדיקה

ד"ר מיכאל וינפאס
רופא טכנאי
מ.ר. 36045

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.