



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

באתר
מבלי לפגוע בזכויות

05 אוקטובר 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 27/6/25
הנפגע: מוחמד עומרי, ת"ז 214567018

מצ"ב לבקשתכם טופס התביעה לנכה נזקק חתום ע"י המעביד כנדרש וכמבוקש על ידכם.

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									

27 | 06 | 2025
יום חודש שנה

תאריך הפגיעה בעבודה

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	ס"ב
מוחמד	עומרי		214567018

2

פרטים על עיסוקי לפני הפגיעה – נא סמן במקום המתאים

עומרי אחמד שיוק

שכיר – מקום העבודה

מעמד: ☐ זמני ☐ קבוע

ותק במקום העבודה: _____ . מקצוע _____

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

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:

3

הצהרה

אני מצהיר בזאת שבתקופה מתאריך 27.6.25 עד תאריך 1.2.26, 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 להעביר מידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך 15.7.26 שם _____ חתימה * _____

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

4

אם התביעה הוגשה בסיוע או על ידי מייצג: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ ביה"ח ☐ אחר _____
 נא לציין את שם הגוף המסייע / המייצג _____ תאריך תחילת התקשרות _____

אישור המעסיק למיסד לביטוח לאומי

5

שם המעסיק עלמה אהרן מספר וניק ניכויים 902373398
 אני מאשר כי העובד עלמה אהרן בעל מס' ת.ז. 214567018
 מועסק בתפקיד קצב כל'י
 אופי העבודה _____
 לא עבד בתקופה מתאריך 1.7.2025 עד תאריך 27 בינואר 2025
 הסיבה לכך איון קצב
 האם קבל שכר בתקופה זו ☐ כן ☐ לא עבור _____
 הוצעה לו עבודה אחרת במפעל ☐ כן ☐ לא, הסיבה _____
 הערות: _____
 תאריך: _____ שם החותם ותפקידו: _____ חתימה וחותמת _____
 ע.ח. 515130515