

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

3.9.20

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
מרחוב החשמונאים 15
רמת גן

א.ג.נ.,

הנדון : יצחק זאוברמן, ת.ז. 017733221
תאונה מיום 1.7.20

1. מרשי שבנדון נפגע בתאונה ביום 1.7.20
 2. מצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים, אישור משטרה, העתק פוליסת חובה ותלושי שכר.
 3. לטיפולכם המסור והמהיר בתביעת מרשי אודה.
- *מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

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
3/11/71	ינה	017733221	
רחוב	מס'	מיקוד	טלפון
7/10	67/5		
	כני כרך	עיר	

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 הבריאותי 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 הבריאותי 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 ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

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

רופאים: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
מכונים, מעבדות: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

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

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

תאריך: 1.9.20 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

מס' רשיון: 2254

י פ ו י כ ח

אני הח"מ, 3' סאלח, מס' 017733221, מרחוב החוקן כני רחק,
ת.ז. מס' 1.9.20 להיות באי כוחי במשפט של
ממנה בזה את עו"ד אריאל פרייברג ו/או נגד בענין תאונת דרכים מיום
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, חודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רושם החברות, רושם השותפויות, רושם העמותות ורושם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום _____ 7 לחודש _____ 9 שנה 2020
חתימה: _____ X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריינד
מס' רשעו"ד 42254



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

חובה 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, יש לצרף אישור מהגורם עבורו ביצעת את העבודה (חשבונית על ביצוע העבודה, הזמנת עבודה, תעודת משלוח וכדומה).
- עובד זר** – חובה לצרף צילום דרכון; **תושב שטחים** חובה לצרף צילום תעודת זהויה והיתר העסקה משירות התעסוקה.
- מתנדבים – יש לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- בתאונות דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה או צילום תעודת ביטוח

לידיעתך

- על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200.
- עליך להעביר למוסד לביטוח לאומי את כל התעודות הרפואיות המצויות ברשותך **לפני** שתוזמן לוועדה רפואית.
- משך זמן טיפול משוער בתביעה לדמי פגיעה הוא 60 יום, ממועד קבלתה ועד לקבלת החלטה (למעט מחלות מקצוע).** לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il.
- ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר.** לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו.
- עליך לצרף אישורים נוספים על פי המדרש בטופס התביעה.
- 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 ובידורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט. www.btl.gov.il.
- אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה בחברה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 8.
- תביעה שלא חתם עליה התובע (בסעיף 12 במקום המסומן ב-X) תוחזר בדואר, ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- עליך לחתום על כל הספחים של ויתור סודיות רפואית.
- בתביעה של עובד שכיר **על המעסיק** למלא את סעיפים 13 עד 16 ולחתום בסעיף 16.
- תביעות של עובדים, אשר מעסיקיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 (מעסיק שקיבל הרשאה מהמוסד לתשלום דמי פגיעה ישירות לעובד), יוגשו ע"י המעסיקים.
- במידה והתביעה מוגשת ע"י אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופוסות.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

בל/211(2019)02

נא ציין את מספר תעודת זהות 0 1 7 7 3 3 2 2 1 ותאריך הפגיעה 1.7.20 עמוד 1 מתוך 10

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)	
זאוברמן		יצחק		0 1 7 7 3 3 2 2 1	
מספר אישי בצה"ל		תאריך לידה		תאריך עלייה	
		2 5 1 1 1 9 4 5			
מצב משפחתי: ☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה ☐ פרודה/ה ☐ נשוי/אה ☒ גרושה/ה ☐ ידועה/ה בציבור		שנה		חודש	
יום		יום		חודש	
יום		יום		חודש	
מכתב (החשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
הירקון 67/5				בני ברק	0000000
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			
0 5 4 8 1 3 5 6 4 1					
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל					
מנל למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם פחות מ-10 עובדים, אנא מלא סעיף 2					
שפה/מתנדב/הכשרה/מקצועות					
שם מעסיק/ מפעל		תפקיד התובע במקום העבודה		טלפון קווי	
א.מוקד אבטחה ושירותים בע"מ				0 3 6 0 5 1 6 6 6	
רחוב / תא דואר		מספר בית		טלפון נייד	
הסיבים 18		פתח תקוה		49517	
האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☐ לא ☐ כן, פרט: _____					
האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☐ לא ☐ כן, פרט: _____					
עצמאי (אם הפגיעה איננה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)					
שם העסק		סוג העיסוק		טלפון קווי	
רחוב / תא דואר		מספר בית		טלפון נייד	

נא ציין את מספר תעודת זהות 0 1 7 7 3 3 2 2 1 ותאריך הפגיעה 1.7.20 עמוד 2 מתוך 10

2א'

פרטי המקום לעבודה - פרטים הבטחון

מקום השירות		טלפון קווי	
☐ צה"ל	☐ משמר הכנסת	0 3 6 0 5 1 6 6 6	
☐ שב"ס	☐ משא"ז	טלפון נייד	
☐ משטרה	☐ אחר	מס' פקס	
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד
הסיבים 18		פתח תקוה	49517

תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום שירות קבע _____

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה?
☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.

3

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה
01/07/2020	רביעי	09:00-		

היכן אירעה הפגיעה?
 במהלך העבודה: ☐ במפעל/בעסק ☒ בדרך לעבודה ☐ בדרך לביתך ☐ מחוץ למפעל ☐ תאונה בבניין

בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר ☐ כלי נסיעה: רכב פרטי ☐ אחר: רכב חברה

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

האם נכחו עדים בתאונה?: ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר
		0 5 4 8 1 3 5 6 4 1	
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר

האם מדובר בתאונת דרכים? ☐ לא ☐ כן, אם כן, נא למלא חלק 6 בעמוד 4

מסירת ההודעה למעסיק על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד
01/07/2020		

בז' 211 (02.2019)

נא ציין את מספר תעודת זהות 017733221 ותאריך הפגיעה 1.7.20 עמוד 3 מתוך 10

4

פרטי הרופא הרפואי		האיבר שנפגע	
מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שיחת רפואי)		מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	
שם בית החולים / מחלקה		תקופת אשפוז	
שם בית החולים / מחלקה		תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	
שם בית החולים / מחלקה		שנה חודש יום שעה	
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☐ לא ☐ כן, פרט _____		קופת חולים שבה אתה חבר	
		☐ כללית ☐ לאומית ☒ מכבי ☐ מאוחדת ☐ אחר	
פרטי הרופאים המטפלים			
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
		שבה טופלתי או אני מטופל	

5

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן, הגוף המסייע: ☒ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יתמכוונת ☐ בית חולים שם הגוף המייצג או המסייע: <u>הגוף המייצג או המסייע</u>

מספר התיק במשטרה		טיפול בתאונה תחנת משטרה ב-		האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? ☐ לא ☐ כן (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)	
497006/2020		ת"י 2		1	
מספר רישוי		האם נפגעת בהיותך: ☐ הולך רגל ☐ נוסע ברכב ☒ נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)		2	
2557529		☐ פרטי ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע ☐ מונית ☐ אחר, פרט *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב		3	
מספר רישוי		☒ פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם) ☐ רכב ציבורי ☐ אחר		4	
מספר רישוי		במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה _____ ומספר הקו _____			
מספר זהות / דרכון ס"ב		שם ומשפחה		פרטי הנהג	
מספר זהות / דרכון ס"ב		שם ומשפחה		נוסעים נוספים ברכב:	
מספר זהות / דרכון ס"ב		שם ומשפחה			
מס' פוליסה		שם חברת הביטוח		האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח	
מס' פוליסה		שם חברת הביטוח		6	
מס' פוליסה		שם חברת הביטוח		האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג'? תביעה נגד _____ שם העו"ד המטפל _____ כתובתו _____ טלפון _____ פקס _____ דואר אלקטרוני _____ התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____	
מס' פוליסה		שם חברת הביטוח		7	

7

סוג התאונה בנזיקין

☐ 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

התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

8

פירוט העיסוקים לפני הפגיעה

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

☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת _____ * נא לצרף אישורים מתאימים

☐ קיבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה _____

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

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

מתאריך			עד תאריך		
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום
2020	7	31	2020	7	31

עד שעה _____ משעה _____

עד שעה _____ משעה _____

עד שעה _____ משעה _____

עד שעה _____ משעה _____

☐ שהיתי בעסק/בעבודתי

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____

☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו: _____

משעה _____ עד שעה: _____

עבודה במשמרות ☐

9

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 שם פרטי ומשפחה חתימה x

10

פרטי חשבון הבנק של החשבון

כל תשלום שיוע לי מהמוסד לביטוח לאומי בעקבותיהם, ימקש להעביר לחשבון הפרטי שפרטתי רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון			
יצחק		זאברמן	
מספר חשבון	מס' סניף	שם הסניף / כתובתו	שם הבנק
177332	91	גבעת שמואל	בנק הפועלים בע"מ

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

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון 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 ו/או 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.

תאריך 1.9.20 חתימת מקבל התשלום x

11

פטור ממס הכנסה - יש לציין אחת לפטור ממס הכנסה ע"פ רשימה

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

[Handwritten signature]

12/08/2020

תאריך

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	קרבה לתובע
יצחק	זאוברמן	017733221	

טלפון בייד

טלפון קווי

מאשר קבלת הודעות SMS ☐ כן ☐ לא

אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: "פוי כח, צו אפוטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:

מספר זהות
ס"ב

שם העד לחתימה

13

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה: _____

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: _____

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
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? 07:00 האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

14

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

א. מוקד אבטחה ושירותים בע"מ _____

תאריך תחילת עבודה: 25/09/2016 מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☒ יומי ☐ חודשי היקף המשרה ב-%: _____ מספר ימי העבודה בשבוע: _____

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת היעדרות _____

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, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

חודש, 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 שנקלו בשכר ברוטו		
		יומי	חודשי		סכום	לתקופה	שם התשלום
חודש 06/2020	25	☒	☒	9,174.57			
חודש 05/2020	20	☒	☒	5,543.62			
חודש 04/2020	25	☒	☒	7,503.98			
חודש 03/2020	25	☒	☒	10,811.94			

☒ העובד שב לעבודה בתאריך 01/08/2020 ☐ 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, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה: חתימת המעסיק _____

שם בית התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____ חתימת המעסיק _____

תאריך 20/8/2020 שם ותפקיד החותם ארז פז חתימה וחזותית _____

נא ציין את מספר תעודת זהות 0 1 7 7 3 3 2 2 1 ותאריך הפגיעה _____ עמוד 9 מתוך 10

15

פרטים על השלום דמי מחלה ע"י המעסיק / החובש מילוי

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)

16

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל: נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה. כל הפרטים שנמסרו הם גרסת העובד.

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

תאריך 12/08/2020 תפקיד החותם חלמה שם החותם 1000 חתימה וחותמת *

17

פרטים משלמים למעסיק מורשה מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק 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 _____

חתימת המעסיק וחותמת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

נא ציין את מספר תעודת זהות 0 1 7 7 3 3 2 2 1 ותאריך הפגיעה _____ עמוד 10 מתוך 10

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 0 1 7 7 3 3 2 2 1	תאריך הפגיעה שנה _____ חודש _____ יום _____
שם משפחה זאברמן	שם פרטי יצחק	
חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

הצהרה 2

אני הח"מ, שפרטיי 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 אודותיי.

תאריך 12/08/2020 חתימת המבוטח * _____

שם	תאריך	01/07/2020	שעה	09:38
מס' חירום	מס' חירום	855487	מס' חירום	855487
מס' חירום	מס' חירום	855487	מס' חירום	855487
מס' חירום	מס' חירום	855487	מס' חירום	855487
מס' חירום	מס' חירום	855487	מס' חירום	855487

IC 781221 04/07/19 Weakness /
Malaise / Fatigue / Apathy , ECG
RM 490244 01/05/03 לחץ דם - רק
בדיקה
RM 434558 21/09/02 Back pain
RM 411372 06/08/02 Fx fibula TC
ER, XR
RM 384906 02/02/02 URI
nonspecific , XR
RM 383880 29/07/00 לחץ דם - רק
בדיקה

THERE ARE OLD ECGS !!!

לרופא: מתי התחלת לבדוק החולה?

09:52:01
הזמן: יבנה בביתנו
Allergies: NONE
Ottawa Knee POS
לא זקוק לטיפול כד כגלהם
צלעות L, חזה INS/EXP, ברך L
No tests ordered
Tetanus(dT) IM 05cc
אצווה:
name: time
קבל טסטס - יותר מ-10 שנים

ד"ר עומר חתן
146525

במקרה של החמרה
יש לחזור !!

אבחנה והמלצות שחרור	מבית חולים	מבית חולים	מבית חולים
הביתה ומעקב בקופ"ח	לביט חולים	פני באמבולנס	הופנה לרוממה
אין	אין	אין	אין



מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

תאריך: 01/07/2020

שעת קבלה: 09:38:55



לצפייה בצילומי הרנטגן והאולטראסאונד יש להיכנס לאתר האינטרנט:

www.teremi.com

יש להזין את הנתונים הבאים:

שם המטופל		יצחק זוברמן	
מספר ביקור	855 487	הערות צלעות שמאל חזה INS/EXP ברך שמאל	
מספר תיק	419842		
ת.ז.	*****221		
סניף	איכילוב		



הקפד לשמור דף זה.
בהגיעך לרופאך אנא הצטייד בטופס זה.
רק ע"פ נתונים אלו ניתן לצפות
בצילומים / אולטראסאונד ובתוצאות בדיקות



*קיימת אפשרות להגדיל, לשנות בהירות, לסובב וכד' את
הצילומים בזמן צפייה

נשמח לעמוד לשירותכם בכל עת
מרפאות טרם וצוות הדמייה אבחנתית

זמינות מיידית!

לחלק מהבדיקות יש לקבוע תור מראש
www.terem.com 1599-520-520



לכבוד : יצחק זוברמן TO:

למספר ביקור:

855487

תז ID #: 017733221
מס' תיק 419842 Patient #: 419842
שלום יהודה 6 ירושלים

תאריך רישום: 01/07/2020 Date of Payment:

Invoice #:
מס חשבונית: 528152

מקור/Original

מספר עוסק מורשה:
514508373

מספר ע"מ לצורך דיווח
מע"מ: 514508373

Receipt of Payment

חשבונית מס קבלה

Description:

תיאור: ביקור רגיל

כרטיס אשראי/Credit card..... 125.00 ₪

Subtotal:

סה"כ לפני מע"מ: 106.84 ₪

VAT:

מע"מ: 18.16 ₪

Total:

סה"כ כולל מע"מ: 125.00 ₪

הונפק בתאריך: 01/07/2020 Issued:

מספר שובר : 10001031 Clearance number :

Company Stamp

חתימה

טרם - איכילוב רפואה דחופה בקהילה בע"מ רחוב ז'בוטינסקי 160, בני ברק 51328 1599-520520 פקס 722740627

צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה ילמה והחלמה מהירה!
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
www.terem.com

תלונה: תאונת דרכים תאונת עבודה.	תיק מס': 419842	Discharge Chart	גליון שחרור	ביקור מס': 855487	תאריך ביקור: 09:38 01/07/2020
---------------------------------------	--------------------	-----------------	-------------	----------------------	----------------------------------

במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אי להזניח סימנים של החמרה במחלה!

הרופא המטפל במרפאת טרם דר. תומר עמבו	שם: יצחק דובמן תז: 01733221	בבקשה לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין קופה: מכבי
---	--------------------------------	--

סיכום הביקור

אבחנה

Diagnosis

Traffic Accident, Abdominal pain nonspecific

Pulse: 89, O2sat: 98, BP: 125/92 (other vitals may be on scanned chart)

Age 74 years 8 months

Injury/Pain Exam:

LEFT KNEE : Direct blow to knee, Pain started in < 1 hr, Pain is mild, Walking freely, Not tender over patella, Tender over head of fibula, Not tender over joint space, ROM normal,

הסטוריה / אנמנזה רפואית:

בן 74 יל"ד אינו זוכר את רשימת התרופות אותן נוטל

היוסף היה מעורב בת.ד כרוכב אופנוע קינמטיקה ביוני 2017 כביש 444
ללא חבלת ראש אובדן הכרה או ישנוניות עלה על אבן בשפת הדרך ונפל מהאופנוע
מלין על כאב בטן שמאלית עליונה וברך שמאל
פנה עצמאית לטרם להמשלך בירור
===

בדיקה גופנית:

בטרם עירני נינוח

מדדים חיוניים סטורציה 98 דופק 89 ל"ד 125/92

בבדיקתו

גלאזגו 15

ללא סימני חבלת ראש

ללא רגישות מיד ליין צוואר או שאר עמ"ש

לב- קולות סידירים ללא אוווש

ראיות - כניסת אורי שווה וטובה דו"צ ללא חירחורים או ציפופים ללא רגישות על סף הצלעות

בטן - רכה סימן חבלה בטן שמאלית תיכונה, רגישות עם תנגודת בטן שמאלית תחתונה ומותן שמאלית

גפיים - שיפשופים פלג גוף שמאלי

ניורולוגית - קרנילאים תקינים ללא צניחה במבחן מצב ללא דיסטוריה ללא אטקסיה

Abd findings: RUQ: None, RLQ: None, LUQ: Guarding, LLQ: None, EPIG: None, PERIUMB: None, PELVIC: None, RFLANK: None, LFLANK: None, No Vomiting, No Diarrhea, No Genitourinary Complaints,

CORONA : NO contract known positive, NO fever/cough/SOB in the past 48 hours, , Did Not Travel in the last 14 days, , NOT in quarantine

Test: None (results scanned on actual chart)

מהלך ודיון:

מופנה למיון לאור רגישות בטן שמאלית עם סימן חבלה להמשך בירור בסיטי בטן
יש לעיין גם בגליון הביקור הסרוק

בדיקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)

ציולמים שבוצעו:

צלעות שמאל <<<

תזה INS/EXP <<<



מכתב סיכום רפואי - שחרור מהמלרד

המכתב הופק ע"י דר' שוורץ דגן ב-01/07/2020 13:56

מלרד - אגף ב
מנהל: פרופ' דרשר מיכאל
מ.ר. 24432
אחיות אחראית: גרינברג תמי
טלפון: 03-9377011
פקס: 03-9222173

שם משפחה: זאוברמן	תאריך לידה: 25/11/1945
שם פרטי: יצחק	ת. זהות (ללא ספרת ביקורת): 1773322
כתובת: הירקון בני ברק	מין: זכר
טלפון: 0548135641	גיל: 74

רופא: דר' גרימלנד צחי מ.ר. 1138550

מכתב נהתם ע"י דר' שוורץ דגן מ.ר. 21559

חתימה:

כל ביקור במלר"ד כרוך בתשלום והפניה לטופס התחייבות מקופת החולים

הגנת מידע למכתב

המכתב הודפס על ידי דר' שוורץ דגן 01/07/2020 13:56

חסי אישי

המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות.

צוות מרפאת טרם מאחל לך רפואה שלמה והחלמה מהירה!
לשירותך בכל עת בטלפון: 1599-520-520
www.terem.com

תלונה: תאונת דרכים מאונת עבודה.	תיק מס': 419842	גליון שחרור Discharge Chart	ביקור מס': 855487	תאריך ביקור: 09:38 01/07/2020
---------------------------------------	--------------------	--------------------------------	----------------------	----------------------------------

במקרה של החמרה יש לחזור לבדיקה נוספת! אין להזניח סימנים של החמרה במחלה!

הרופא המטפל במרפאת טרם ד"ר תומר עמב	שם: יצחק זוברמן תז: 017733221	בבקשה לשתף את הרופא הקבוע שלך בסיכום הביקור לשם מעקב תקין קופה: מכבי
--	----------------------------------	--

סיכום הביקור:

Diagnosis

Traffic Accident, Abdominal pain nonspecific

Pulse: 89, O2sat: 98, BP: 125/92 (other vitals may be on scanned chart)

Age: 74 years 8 months

Injury/Pain Exam:
LEFT KNEE : Direct blow to knee, Pain started in < 1 hr, Pain is mild, Walking freely, Not tender over patella, Tender over head of fibula, Not tender over joint space, ROM normal,

הסטוריה / אנמנזה רפואית:
בן 74 יל"ד אינו זוכר את רשימת התרופות אותן נוטל

זיוספ היה מעורב בת.ד כרוכב אופנוע קינמטיקה בינו ית כביש 444
לא חבלת ראש אובדן הכרה או ישנוניות עלה על אבן בשפת הדרך ונפל מהאופנוע
ולין על כאב בטן שמאלית עליונה וברך שמאל
נה עצמאית לטרם להמשלך בירור

דיקה גופנית:

טרם עירני נינוח

דדים חיוניים סטורציה 98 דופק 89 ל"ד 125/92

בדיקתו

לאזגו 15

לא סימני חבלת ראש

לא רגישות מיד לין צוואר או שאר עמ"ש

קולות סידירים ללא אוווש

גיות - כניסת אורי שווה וטובה דו"צ ללא חירחורם או ציפופים ללא רגישות על פני הצלעות
טן - רכה סימן חבלה בטן שמאלית תיכונה, רגישות עם תנגודת בטן שמאלית תחתונה ומותן שמאלית
יים - שיפשושים פלג גוף שמאלי

רולוגית - קרנילאים תקינים ללא צניחה במבחן מצב ללא דיסמטריה ללא אטקסיה

Abd findings: RUQ: None, RLQ: None, LUQ: Guarding, LLQ: None, EPIG: None, PERIUMB: None, PELVIC: None, RFLANK: None, LFLANK: None, No Vomiting, No Diarrhea, No Genitourinary Complaints,
CORONA : NO contract known positive, NO fever/cough/SOB in the past 48 hours, , , Did Not Travel in the last 14 days, , , NO in quarantine

לך ודיון:

נה למיון לאור רגישות בטן שמאלית עם סימן חבלה להמשך בירור בסיטי בטן
לעין גם בגליון הביקור הסרוק

יקות שבוצעו במהלך הביקור (תוצאות נסרקו בתיק)

Tests done (results scanned on actual chart)

ומים שבוצעו:

ות שמאל <<<

<<< INS/EXP

<<< שמאל

Special instructions and recommendations on discharge

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

הופנית לבית חולים / חדר מיון באמבולנס

You Have been referred to the ER / hospital BY AMBULANCE

סיבות הפניה לבית חולים:

חולה זקוק/ה לחוות דעת מומחה או בדיקה מתקדמת בבית חולים

כאב בטן שמאלית עליונה עם סימן חבלה ותנגודת בבדיקה === By Ambulance because: השגחה ובירור

מרפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה . חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם . טרם אינה
יחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל . אם את/ה נתקל/ת בקושי בקביעת ביקורת כמומלץ , עליך להיבדק ע"י רופא המשפחה
או לחזור לטרם ,

בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח,
תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית, אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

תוקף הפניה זו הוא עד ל 02/07/2020

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה

ניתן לצפות בצילומי הרנטגן ובתשובת פענוח הרדיולוג ב- www.teremi.com
יש לעקוב אחר תשובת הפענוח הסופית, במהלך 48 השעות מביצוע הצילום.

Special instructions and recommendations on discharge

הנחיות מיוחדות והמלצות בשחרור

הופנית לבית חולים / חדר מיון באמבולנס

You Have been referred to the ER / hospital BY AMBULANCE

סיבות הפניה לבית חולים:

חולה זקוק/ה לחוות דעת מומחה או בדיקה מתקדמת בבית חולים

כאב בטן שמאלית עליונה עם סימן חבלה ותנגודת בבדיקה === By Ambulance because: השגחה ובירור

מרפאת טרם מספקת שרותי רפואה דחופה . חלק בלתי נפרד מרפואה דחופה הינו מעקב מקצועי ואחראי לאחר השחרור מטרם . טרם אינה
וחראית להשלכות של חוסר היענות המטופל להוראות הנ"ל . אם את/ה נתקל/ת בקושי בקביעת ביקורת כמומלץ , עליך להיבדק ע"י רופא המשפחה
או לחזור לרופא ,

בכל ביקור במרפאות טרם נא להביא כרטיס מגנטי של קופ"ח,
תקציר מידע רפואי מקופ"ח כולל רשימת מחלות ותרופות עדכנית , אקג, תוצאות מעבדה אחרונות, מידע רלוונטי אחר.

תוקף הפניה זו עד 02/07/2020

מסמך זה מכיל מידע מוגן הרשום במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה



022052

קוד הפניה: 181762962

טלפון: 03-5327689

פקס: 03-5327692

כתובת: בגין מנחם 38, גבעת שמואל (מרכז רפואי רוגובין)

פרטי הנבדק:

שם משפחה: זאוברמן	שם פרטי: יצחק	ת.ז.: 17733221
ת.לידה: 25/11/1945	מין: ז	טלפון: 0732222222
כתובת: טרומפלדור 3, גבעת שמואל	מיקוד: 5403602	טל.עבודה/נייד: 0548135641



0017733221

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגל/ת לעבוד מיום: 01/07/2020 עד יום: 21/07/2020 סה"כ: 21 ימים.

03/08/2020

תאריך

ד"ר ליבוביץ ליביו
מומחה ברפואה פנימית
מ.ר גורם מפנה
022052

סולמון חננאל

מומחה לכירורגיה אורתופדית

מס' רישון 24612

כתובת בן חורין 22, גבעת שמואל

טלפון 03-7160888

תעודת רפואית מסמכת לפגעה בעבודה

שם משפחה		שם פרטי		שם האב		מס' זיהוי		שכר	
זאוברמן		יצחק		מרקוס		17733221		כן	
ישוב		רחוב		מס		מיקוד		שנת לידה	
גבעת שמואל		טרומפלדור		3		5403602		1945	
טלפון		שם המעביד וכתובתו		טלפון		טלפון		0732222222	
		א. ביטחון בע"מ				0548135641			

תוצאות הבדיקה

רפוי פצעי שיפשוף ברגל שמאל, ללא הגבלה בתנועת של חברך, או תפליט, כיפוף קדימה וישיור מעט כאבים ומוגבלים

אני מאשר שהנפגע הר"ל סובל מ:

• CONTUSION BACK
• ABRASION WITHOUT INFECTION Left
Lower limb

והוא אינו מסוגל עדיין לעסוק בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת.

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

ביום: 01/07/2020

דעתי היא, שאי כושר זה ימשך עוד, לפחות: 10 ימים, היים מיזם: 22/07/2020

עד יום: 31/07/2020 (בכלל)

28/08/2020

תאריך הבדיקה

סולמון חננאל
מומחה לכירורגיה אורתופדית
מס' רישון 24612
כתובת בן חורין 22, גבעת שמואל
טלפון 03-7160888



1070473

תעודת ביטוח הכוללת השתתפות עצמית

המדינת ישראל, ת"ת, 25.000, 7 ימי אובדן השתתפות עצמית. אחוז הנחה בפוליסה זו 30% סכום דמי הביטוח שהופחתו בשל הכללת התניה של השתתפות עצמית 835.0 ש"ח. להלן אחוז השתתפות החברות ב-2019, כפוף להתאמה לפי תקנון הפוליסה.

הראל	12.95%	שלמה	11.35%	הפניקס	10.84%
בטוח ישיר	10.45%	מגדל	9.67%	מנורה	8.79%
כלל	8.80%	איילון	8.09%	שומרה	5.75%
הכשרה	5.26%	אי.א.י.ג'י	3.18%	שירביט	3.17%
בטוח חקלאי	1.50%	ליברה	0.10%	וייסור	0.10%

המבטח יחסי בלבד לפי שעור השתתפותו כאמור - ואין מבטח כלשהו אחראי בגין חלקו היחסי של מבטח אחר באחריות. כשאחוז השתתפותו של כל אחד מהם, נקוב לעיל לצד שמו (להלן, לפי חלקיהם היחסיים - חלקיהם היחסיים) של המבטחים, אחראי להלקו היחסי בלבד לפי שעור השתתפותו כאמור - ואין מבטח כלשהו (להבדיל מהמבטחים בפוליסה) אחראי מעבר לחלקו היחסי כאמור.

מס' פוליסה	203-301902112319-00	מס' רישוי	1418679	שם המסכן	הנרי סניף ת"א	מס' הסוכן	30	חוזמת הבנק	
אזור	8791397	מס' סוכן משני	17733221	מס' תשלום וחוזמת הבנק		מס' תעודת זה - אין		מס' תעודת זה - אין	
סוג הרכב לצורך ביטוח	אופנוע	יצרן/דגם	פיאג'ו וספה	סמ"ק/הספק	244	משקל		שנת יצור	2011
מס' רישוי	320000002597	מס' תעודת זה	אופנוע - נהג נקוב בשם	מס' תעודת זה	אין תוקף לתעודה הכתובה בכתב יד ו/או לשינויים בכתב יד	מס' תעודת זה		מס' תעודת זה	

מועד פקיעת הביטוח: 31/07/2020
מועד פקיעת הביטוח: 31/07/2019
מס' ת"ז 17733221 זאורמן יצחק בלבד

כמפורט בסעיף 7 (ב) בגב' התעודה.
המבטח יחסי בלבד לפי שעור השתתפותו כאמור - ואין מבטח כלשהו אחראי בגין חלקו היחסי של מבטח אחר באחריות. כשאחוז השתתפותו של כל אחד מהם, נקוב לעיל לצד שמו (להלן, לפי חלקיהם היחסיים - חלקיהם היחסיים) של המבטחים, אחראי להלקו היחסי בלבד לפי שעור השתתפותו כאמור - ואין מבטח כלשהו (להבדיל מהמבטחים בפוליסה) אחראי מעבר לחלקו היחסי כאמור.

המבטח יחסי בלבד לפי שעור השתתפותו כאמור - ואין מבטח כלשהו אחראי בגין חלקו היחסי של מבטח אחר באחריות. כשאחוז השתתפותו של כל אחד מהם, נקוב לעיל לצד שמו (להלן, לפי חלקיהם היחסיים - חלקיהם היחסיים) של המבטחים, אחראי להלקו היחסי בלבד לפי שעור השתתפותו כאמור - ואין מבטח כלשהו (להבדיל מהמבטחים בפוליסה) אחראי מעבר לחלקו היחסי כאמור.

המבטח יחסי בלבד לפי שעור השתתפותו כאמור - ואין מבטח כלשהו אחראי בגין חלקו היחסי של מבטח אחר באחריות. כשאחוז השתתפותו של כל אחד מהם, נקוב לעיל לצד שמו (להלן, לפי חלקיהם היחסיים - חלקיהם היחסיים) של המבטחים, אחראי להלקו היחסי בלבד לפי שעור השתתפותו כאמור - ואין מבטח כלשהו (להבדיל מהמבטחים בפוליסה) אחראי מעבר לחלקו היחסי כאמור.

המבטח יחסי בלבד לפי שעור השתתפותו כאמור - ואין מבטח כלשהו אחראי בגין חלקו היחסי של מבטח אחר באחריות. כשאחוז השתתפותו של כל אחד מהם, נקוב לעיל לצד שמו (להלן, לפי חלקיהם היחסיים - חלקיהם היחסיים) של המבטחים, אחראי להלקו היחסי בלבד לפי שעור השתתפותו כאמור - ואין מבטח כלשהו (להבדיל מהמבטחים בפוליסה) אחראי מעבר לחלקו היחסי כאמור.

המבטח יחסי בלבד לפי שעור השתתפותו כאמור - ואין מבטח כלשהו אחראי בגין חלקו היחסי של מבטח אחר באחריות. כשאחוז השתתפותו של כל אחד מהם, נקוב לעיל לצד שמו (להלן, לפי חלקיהם היחסיים - חלקיהם היחסיים) של המבטחים, אחראי להלקו היחסי בלבד לפי שעור השתתפותו כאמור - ואין מבטח כלשהו (להבדיל מהמבטחים בפוליסה) אחראי מעבר לחלקו היחסי כאמור.

המבטח יחסי בלבד לפי שעור השתתפותו כאמור - ואין מבטח כלשהו אחראי בגין חלקו היחסי של מבטח אחר באחריות. כשאחוז השתתפותו של כל אחד מהם, נקוב לעיל לצד שמו (להלן, לפי חלקיהם היחסיים - חלקיהם היחסיים) של המבטחים, אחראי להלקו היחסי בלבד לפי שעור השתתפותו כאמור - ואין מבטח כלשהו (להבדיל מהמבטחים בפוליסה) אחראי מעבר לחלקו היחסי כאמור.

המבטח יחסי בלבד לפי שעור השתתפותו כאמור - ואין מבטח כלשהו אחראי בגין חלקו היחסי של מבטח אחר באחריות. כשאחוז השתתפותו של כל אחד מהם, נקוב לעיל לצד שמו (להלן, לפי חלקיהם היחסיים - חלקיהם היחסיים) של המבטחים, אחראי להלקו היחסי בלבד לפי שעור השתתפותו כאמור - ואין מבטח כלשהו (להבדיל מהמבטחים בפוליסה) אחראי מעבר לחלקו היחסי כאמור.

המבטח יחסי בלבד לפי שעור השתתפותו כאמור - ואין מבטח כלשהו אחראי בגין חלקו היחסי של מבטח אחר באחריות. כשאחוז השתתפותו של כל אחד מהם, נקוב לעיל לצד שמו (להלן, לפי חלקיהם היחסיים - חלקיהם היחסיים) של המבטחים, אחראי להלקו היחסי בלבד לפי שעור השתתפותו כאמור - ואין מבטח כלשהו (להבדיל מהמבטחים בפוליסה) אחראי מעבר לחלקו היחסי כאמור.

DRIVING LICENCE רשיון נהיגה

STATE OF ISRAEL מדינת ישראל



1. זאברמן
ZOBERMAN

2. יצחק
YITZHAK

3. 25.11.1945

4b. 25.08.2021

5. ID: 017733221

8. סוג רכב: 8 ג'נרל שמואל

4a. 09.07.2017

4b. 1002625

3221

משטרת ישראל
חייב להחזיר כרטיס זה עד 4000 ש"ח
חייב להחזיר כרטיס זה או עדשות פגועות בנהיגה

9. A2 B

קטגוריות כלי הרכב. Categories of vehicles.

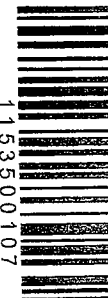
IL 017783221

A2		2001	D1	
A1			D1	
A			D2	
B		1972	D3	
C1				
C				

Restrictive Conditions of Use
SPECTACLES OR CONTACT LENSES REQUIRED

017733221

241217/6572



זאברמן יצחק
הירקון 67/5 בני ברק

12 - רותם

פרטים	סכום בש"ח
סה"כ תשלומים	11,512.07
ניכויי חובה מיסים	943.61
ניכויים קופות גמל	126.31
שכר נטו	10,442.15
ניכויים שונים	2,000.00
נטו לתשלום	8,442.15

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
177332	91	12

תעריפים

תאור	סכום בש"ח
תעריף יום	211.99
תעריף שעה	29.12

נתונים נוספים אחרים

נתונים אישיים	מספר עובד
1773322/1	מספר זהות
1773322/1	מצב משפחתי
גרש	תאריך לידה
25/11/1945	ילדים עד גיל 19
מכבי	קופת חולים
נתוני העסקה	מעמד
שעתי	התחלת עבודה
25/09/2016	קוד ביטוח לאומי
3	אחוז משרה
נתונים חודשיים	ותק
3.76	נקודות זיכוי
2.25	אחוז מס שולי
14.00	

נתונים מצטברים

פרטים	סכום בש"ח
ברוטו למס הכנסה	51,466
ברוטו לביטוח לאומי	51,816
ניכוי למס הכנסה	2,732
ניכוי לביטוח לאומי	
בטוח בריאות	
ערך נקודות זיכוי	2,957
ניכוי לסעיף-45א 35%	

יחידות מס

1	2	3	4	5	6
25	25	25	25	25	25
7	8	9	10	11	12
סה"כ	150				

פרטי מעסיק

תיק ניכויים	חברה
930077094	כתובת מעסיק
511353229	הסיבים 18
פתח תקוה	49517

פרוט התשלומים

סמל	תאור	קוד	כמות	תעריף	סכום נטו	לא לתשלום	סכום בש"ח
2	שעות רגילות א(1306)	כ	140.00	29.12	4,076.80		
11	שעות א' הפרשים	כ	68.50	29.12	1,994.72		
1-11	שעות א' הפרשים	כ	23.00	43.68	1,004.64		
49	שעות שבת 150%(1306)	כ	23.50	43.68	1,026.48		
148	תשלום הבראה	כ	163.50	1.78	291.03		
	סה"כ תשלומים בגין משרה				8,393.67		
5	ש.נ. 125%(1306)	כ	6.00	36.40	218.40		
28	בונוס	כ	1.00	2550.00	2,550.00		
	סה"כ תשלומים בגין ש.נ./תשלום מיוחד				2,768.40		
9	תשלומים בגין הוצאות אחזקת רכב	ק			350.00		
	סה"כ תשלומים בגין הוצאות				350.00		
63	שוויים ניכוי דמי חבר				77.71-		
	סה"כ שוויים				77.71-		
	סה"כ תשלומים				11,512.07		

ניכויי חובה/קופות גמל

סמל	תאור	מספר חשבון	ברוטו	הפרשת מעסיק	סכום הניכוי
	ניכויי חובה-מיסים				
	מס הכנסה		11,434.36		857.27
	בטוח לאומי		11,512.07	136.76	
	בטוח בריאות				
	דמי טיפול אירגוני				
	סה"כ ניכויי חובה				943.61
	ניכויים והפרשות לקופות גמל				
120	ק.השתל הראל 154		4,761.12	357.08	119.03
354	הראל ק.ה.הבראה		291.03	21.83	7.28
	סה"כ קופות גמל				126.31
	סה"כ ניכויים				1,069.92

ניכויים שונים

סמל	תאור	קוד	אסמכתא	כמות	יתרה	סכום הניכוי
77	מכרעות					2,000.00
	סה"כ ניכויים שונים					2,000.00

נתוני העדרויות

תאור	מכסה שנתית	יתרה קודמת	תוספת חודשית	ניצול החודש	ניצול מצטבר	יתרה
חופשה	12	38.80	1.00			39.80
מחלה	24	71.50	2.00			73.50



נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות לשנת המס הנוכחית

סוג הקופה	שכר בסיס	ניכוי עובד	הפרשת מעסיק	אחוז	שווי
קרן השתלמות	31,712	793	2,378	7.50	

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

התקופה בעדה בוצע ניתוח נוכחות: מ-01/06/2020 עד 30/06/2020
 חתקן בחודש הקלנדרי 26.00 ימי עבודה שבהם 248.00 שעות עבודה
 בתקופת ניתוח הנוכחות 24.00 ימי עבודה בפועל שבהם 140.00 שעות עבודה בפועל
 שכר מינימום: לחודש 5,300.00 לשעה 28.49

פרטי חשבוני בתלוש שכר זה

פרטים	סכום בשי"ח
סה"כ תשלומים	5,331.12
ניכויי חובה מיסים	35.35
ניכויי קופות גמל	109.70
שכר נטו	5,186.07
ניכויי שונים	
סה"כ לתשלום	5,186.07

נאמן למקור

זאברמן יצחק
הירקון 67/5 בני ברק

12 - רותם

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
177332	91	12

תעריפים

תאור	סכום בשי"ח
תעריף יום	211.99
תעריף שעה	29.12

פרוט התשלומים

סמל	תאור	קוד	כמות	תעריף	סכום נטו	לא לתשלום	סכום בשי"ח
2	תשלומים בגין משרה						
49	שעות רגילות א (1308)	כ	125.00	29.12			3,640.00
148	שעות שבת (1308) 150%	כ	17.00	43.68			742.56
	תשלום הבראה	כ	142.00	1.78			252.76
	סה"כ תשלומים בגין משרה						4,635.32
5	תשלומים בגין שעות נוספות/תשלום מיוחד	כ	9.50	36.40			345.80
	ש.ג. (1308) 125%						
9	תשלומים בגין הוצאות						
	אחזקת רכב	ק					345.80
	סה"כ תשלומים בגין הוצאות						350.00
	סה"כ שוויים						350.00
63	ניכוי דמי חבר						
	סה"כ שוויים						35.98-
	סה"כ תשלומים						5,331.12

נתונים נוספים אחרים

נתונים	אישורים
1773322/1	מספר עובד
1773322/1	מספר זהות
גרש	מצב משפחתי
25/11/1945	תאריך לידה
	ילדים עד גיל 19
מכבי	קיפת חולים
	נתוני העסקה
שעתי	מעמד
25/09/2016	התחלת עבודה
3	קיד ביטוח לאומי
	אחוז משרה
	נתונים חדשיים
3.68	ותק
2.25	נקודות זיכוי
14.00	אחוז מס שולי

נתונים מצטברים

פרטים	סכום בשי"ח
ברוטו למס הכנסה	40,031
ברוטו לביטוח לאומי	40,303
ניכוי למס הכנסה	1,875
ניכוי לבטוח לאומי	
בטוח בריאות	
ערך נקודות זיכוי	2,464
ניכוי לסעיף 45א 35%	

תאריכים מס

1	2	3	4	5	6
25	25	25	25	25	25
7	8	9	10	11	12
					סה"כ 125

פרטי מעסיק

930077094	תיק ניכויים
511353229	חברה
	כתובת מעסיק
49517	הסביבה 18
	פתח תקווה

ניכויי חובה/קופות גמל

סמל	תאור	מספר חשבון	ברוטו	הפרשת מעסיק	סכום הניכוי
	ניכויי חובה-מיסים				
	מס הכנסה		5,295.14		4.63
	בטוח לאומי		5,331.12	25.59	
	בטוח בריאות				
	דמי טיפול אירגוני				
	סה"כ ניכויי חובה				39.98
	ניכויים והפרשות לקופות גמל				
120	ק.השתל הראל 154		4,135.04	310.13	103.38
354	הראל ק.ה.הבראה		252.76	18.96	6.32
	סה"כ קופות גמל				109.70
	סה"כ ניכויים				145.05

ניכויים שונים

סמל	תאור	קוד	אסמכתא	כמות	יתרה	סכום הניכוי
	סה"כ ניכויים שונים					

נתוני העדרויות

תאור	מכסה שנתית	יתרה קודמת	תוספת חודשית	ניצול החודש	ניצול מצטבר	יתרה
חופשה	12	37.80	1.00			38.80
מחלה	24	69.50	2.00			71.50

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות לשנת המס הנוכחית

סוג הקופה	שכר בסיס	ניכוי עובד	הפרשת מעסיק	אחוז	שווי
קרן השתלמות	26,660	667	2,000	7.50	

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

התקופה בעדה בוצע ניתוח נוכחות: מ-01/05/2020 עד 31/05/2020
התקן בחודש הקלנדרי 26.00 ימי עבודה שבהם: 248.00 שעות עבודה
בתקופת ניתוח הנוכחות 22.00 ימי עבודה בפועל שבהם 125.00 שעות עבודה בפועל
שכר מינימום: לחודש 5,300.00 לשעה 28.49

2758/1 א.מוקד אבטחה ושירותים בע"מ
תלוש שכר לחודש: אפריל 2020

נאמן למקור

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	סכום בש"ח
סה"כ תשלומים	7,291.48
ניכויי חובה מיסים	307.43
ניכויי קופות גמל	140.60
שכר נטו	6,843.45
ניכויים שונים	
גסו לתשלום	6,843.45

זאברמן יצחק
הירקון 67/5 בני ברק

12 - רותם

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
177332	91	12

תעריפים

האור	סכום בש"ח
תעריף יום	211.99
תעריף שעה	29.12

פרוט התשלומים

סמל	תאור	קוד	כמות	תעריף	סכום נטו	לא לתשלום	סכום בש"ח
2	תשלומים בגין משרה						
35	שעות רגילות א	כ	146.50	29.12			4,266.08
49	שעות חג 150%	כ	23.50	43.68			1,026.48
148	שעות שבת 150%	כ	23.50	43.68			1,026.48
	תשלום הבראה	כ	182.00	1.78			323.96
	סה"כ תשלומים בגין משרה						6,643.00
5	תשלומים בגין שעות נוספות/תשלום מיוחד	כ	4.00	36.40			145.60
6	ש.נ. 125%	כ	3.50	43.68			152.88
	ש.נ. 150%						
	סה"כ תשלומים בגין ש.נ./תשלום מיוחד						258.48
9	תשלומים בגין הוצאות	ק					350.00
	אחזקת רכב						350.00
	סה"כ תשלומים בגין הוצאות						350.00
63	שוויים						
	ניכוי דמי חבר						49.22-
	סה"כ שוויים						49.22-
	סה"כ תשלומים						7,291.48

נתונים נוספים אחרים

נתונים אישיים	מספר עובד
1773322/1	1773322/1
מספר זהות	1773322/1
מצב משפחתי	גרש
תאריך לידה	25/11/1945
ילדים עד גיל 19	מכבי
קופת חולים	שעתי
נתוני העסקה	25/09/2016
מעמד	3
התחלת עבודה	3
קוד ביטוח לאומי	3
אחוז משרה	3.59
נתונים חודשיים	2.25
התק	14.00
יקודות זיכוי	
אחוז מס שולי	

נתונים מצטברים

פרטים	סכום בש"ח
ברוטו למס הכנסה	34,736
ברוטו לביטוח לאומי	34,972
ניכוי למס הכנסה	1,879
ניכוי לביטוח לאומי	
בטוח בריאות	
דמי טיפול אירגוני	1,971
ערך נקודות זיכוי	
ניכוי לסעיף 45א 35%	

לחידות מס

1	2	3	4	5	6
25	25	25	25	25	25
7	8	9	10	11	12
100					

פרטי מעסיק

תיק ניכויים	930077094
חברה	511353229
כתובת מעסיק	
הסביבים 18	
פתח תקוה	49517

ניכויי חובה/קופות גמל

סמל	תאור	מספר חשבון	ברוטו	הפרשת מעסיק	סכום הניכוי
	ניכויי חובה-מיסים				
	מס הכנסה		7,242.26		252.74
	בטוח לאומי		7,291.48	50.75	
	בטוח בריאות				
	דמי טיפול אירגוני				54.69
	סה"כ ניכויי חובה				307.43
	ניכויים והפרשות לקופות גמל				
120	ק.השתל הראל 154		5,299.84	397.49	132.50
354	הראל ק.ה.הבראה		323.96	24.30	8.10
	סה"כ קופות גמל				140.60
	סה"כ ניכויים				448.03

ניכויים שונים

סמל	תאור	קוד	אסמכתא	כמות	יתרה	סכום הניכוי
	סה"כ ניכויים שונים					

נתוני העדירות

תאור	מכסה שנתית	יתרה קודמת	תוספת חודשית	ניצול החודש	ניצול מצטבר	יתרה
חופשה	12	36.80	1.00			37.80
מחלה	24	67.50	2.00			69.50

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות לשנת המס הנוכחית

סוג הקופה	שכר בסיס	ניכוי עובד	הפרשת מעסיק	אחוז	שווי
קרן השתלמות	22,272	557	1,670	7.50	

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

התקופה בעדה בוצע ניתוח נוכחות : מ-01/04/2020 עד 30/04/2020 התקן בחודש הקלנדרי 26.00 ימי עבודה שבהם 248.00 שעות עבודה בתקופת ניתוח הנוכחות 24.00 ימי עבודה בפועל שבהם 146.50 שעות עבודה בפועל שכר מינימום : לחודש 5,300.00 לשעה 28.49
--

1184700139

זאוברמן יצחק
הירקון 67/5 בני ברק

12 - רותם

ריכוז הנתונים בתלוש שכר זה

פרטים	סכום בשי"ח
סה"כ תשלומים	10,599.44
ניכויי חובה מיסים	822.68
ניכויים קופות גמל	137.32
שכר נטו	9,639.44
ניכויים שונים	
נטו לתשלום	9,639.44

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
177332	91	12

תעריפים

תאור	סכום בשי"ח
תעריף יום	211.99
תעריף שעה	29.12

נתונים נוספים אחרים

נתונים אישיים	מספר עובד
1773322/1	1773322/1
מספר זהות	גרוש
מצב משפחתי	25/11/1945
תאריך לידה	ילדים עד גיל 19
קופת חולים	מכבי
נתוני העסקה	
מעמד	שעתי
התחלת עבודה	25/09/2016
קוד ביטוח לאומי	3
אחוז משרה	
נתונים חודשיים	
ותק	3.51
נקודות זיכוי	2.25
אחוז מס שולי	20.00

סמל	תאור	קוד	כמות	תעריף	סכום נטו	לא לתשלום	סכום בשי"ח
תשלומים בגין משרה							
2	שעות רגילות א	כ	174.50	29.12			5,081.44
49	שעות שבת 150%	כ	3.00	43.68			131.04
56	תוספת כוונות	כ	1.00	4500.00			4,500.00
148	תשלום הבראה	כ	182.00	1.78			323.96
	סה"כ תשלומים בגין משרה						10,036.44
תשלומים בגין שעות נוספות/תשלום מיוחד							
38	מתנה לחג	כ	1.00	213.00			213.00
	סה"כ תשלומים בגין ש.נ./תשלום מיוחד						213.00
תשלומים בגין התצאות							
9	אחזקת רכב	ק			350.00		350.00
	סה"כ תשלומים בגין הוצאות						350.00
שוויים							
63	ניכוי דמי חבר				71.55-		71.55-
	סה"כ שוויים						71.55-
	סה"כ תשלומים						10,599.44

נתונים מצטברים

פרטים	סכום בשי"ח
ברוטו למס הכנסה	27,494
ברוטו לביטוח לאומי	27,681
ניכוי למס הכנסה	1,627
ניכוי לביטוח לאומי	
בטוח בריאות	
ערך נקודות זיכוי	1,478
ניכוי לסעיף-א 45-35%	

יחידות מס

1	2	3	4	5	6
25	25	25			
7	8	9	10	11	12
					75

פרטי מעסיק

תיק ניכויים	930077094
חברה	511353229
כתובת מעסיק	
הסיבים 18	
פתח תקוה	49517

סמל	תאור	מספר חשבון	ברוטו	הפרשת מעסיק	סכום הניכוי
ניכויי חובה/קופות גמל					
ניכויי חובה-מיסים					
	מס הכנסה		10,527.89		743.18
	בטוח לאומי		10,599.44	120.88	
	בטוח בריאות				79.50
	דמי טיפול אירגוני				822.68
סה"כ ניכויי חובה					
			5,168.80	387.66	129.22
			323.96	24.30	8.10
	סה"כ קופות גמל				137.32
	סה"כ ניכויים				960.00

ניכויים שונים

סמל	תאור	קוד	אסמכתא	כמות	יתרה	סכום הניכוי
	סה"כ ניכויים שונים					

נתוני העדרויות

תאור	מכסה שנתית	יתרה קודמת	תוספת חודשית	ניצול החודש	ניצול מצטבר	יתרה
חופשה	12	35.80	1.00			36.80
מחלה	24	65.50	2.00			67.50

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות לשנת המס הנוכחית

סוג הקופה	שכר בסיס	ניכוי עובד	הפרשת מעסיק	אחוז	שווי
קרן השתלמות	16,648	416	1,249	7.50	

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

התקופה בעדה בוצע ניתוח נוכחות: מ-01/03/2020 עד 31/03/2020
התקן בחודש הקלנדרי 26.00 ימי עבודה שבהם 248.00 שעות עבודה
בתקופת ניתוח הנוכחות 21.00 ימי עבודה בפועל שבהם 174.50 שעות עבודה בפועל
שכר מינימום: לחודש 5,300.00 לשעה 28.49

הודעה לעובד

חג אביב שמח לך ולכל בני משפחתך

2758/1 א.מוקד אבטחה ושירותים בע"מ
תלוש שכר לחודש: פברואר 2020

נאמן למקור

זאוברמן יצחק
הירקון 67/5 בני ברק

12 - רותם

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
177332	91	12

תעריפים

תאור	סכום בשי"ח
תעריף יום	211.99
תעריף שעה	29.12

נתונים נוספים אחרים

נתונים אישיים	מספר עובד
1773322/1	1773322/1
מספר זהות	מספר זהות
מצב משפחתי	גרוע
תאריך לידה	25/11/1945
ילדים עד גיל 19	0
קופת חולים	מכבי
נתוני העסקה	מאגיד
התחלת עבודה	25/09/2016
קוד ביטוח לאומי	3
אחוז משרה	100%
נתונים חודשיים	ותק
3.43	2.25
נקודות זיכוי	14.00
אחוז מס שולי	

נתונים מצטברים

פרטים	סכום בשי"ח
ברוטו למס הכנסה	16,966
ברוטו לביטוח לאומי	17,081
ניכוי למס הכנסה	883
ניכוי לביטוח לאומי	
הטוח בריאות	
ערך נקודות זיכוי	986
ניכוי לסעיף-445 35%	

חידות מס

חידות מס	סכום בשי"ח
1	25
2	25
3	25
4	25
5	25
6	25
7	25
8	25
9	25
10	25
11	25
12	25
סה"כ	50

פרטי מעסיק

תיק ניכויים	930077094
תברר	511353229
כתובת מעסיק	
הסביבה	18
פתח תקוה	49517

פרוט התשלומים

סמל	תאור	קוד	כמות	תעריף	סכום נטו	לא לתשלום	סכום בשי"ח
2	תשלומים בגין משרה						4,440.80
49	שעות רגילות א	כ	152.50	29.12			1,157.52
148	שעות שבת 150%	כ	26.50	43.68			318.62
	תשלום הבראה	כ	179.00	1.78			5,916.94
	סה"כ תשלומים בגין משרה						
5	תשלומים בגין שעות נוספות/תשלום מיוחד	כ	13.50	36.40			491.40
6	ש.נ. 125%	כ	49.00	43.68			2,140.32
	ש.נ. 150%	כ					2,631.72
	סה"כ תשלומים בגין ש.נ./תשלום מיוחד						
9	תשלומים בגין הוצאות	ק					350.00
	אחזקת רכב						350.00
	שוויים						
63	ניכוי דמי חבר						60.07-
	סה"כ שוויים						60.07-
	סה"כ תשלומים						8,898.66

ניכויי חובה/קופות גמל

סמל	תאור	מספר חשבון	ברוטו	הפרשת מעסיק	סכום הניכוי
	ניכויי חובה-מיסים				
	מס הכנסה		8,838.59		491.46
	בטוח לאומי		8,898.66	84.82	
	בטוח בריאות				66.74
	דמי טיפול אירגוני				558.20
	סה"כ ניכויי חובה				
	ניכויים והפרשות לקופות גמל				
120	ק.השתל הראל 154		5,212.48	390.94	130.31
354	הראל ק.ה.הבראה		318.62	23.90	7.97
	סה"כ קופות גמל				138.28
	סה"כ ניכויים				696.48

ניכויים שונים

סמל	תאור	קוד	אסמכתא	כמות	יתרה	סכום הניכוי
	סה"כ ניכויים שונים					

נתוני העדויות

תאור	מכסה שנתית	יתרה קודמת	תוספת חודשית	ניצול החודש	ניצול מצטבר	יתרה
חופשה	12	34.80	1.00			35.80
מחלה	24	63.50	2.00			65.50

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות לשנת המס הנוכחית

סוג הקופה	שכר בסיס	ניכוי עובד	הפרשת מעסיק	אחוז	שווי
קרן השתלמות	11,155	279	837	7.5%	

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

התקופה בעדה בוצע ניתוח נוכחות: מ-01/02/2020 עד 29/02/2020
התקן בחודש תקלנדרי 26.00 ימי עבודה שבהם 248.00 שעות עבודה
בתקופת ניתוח הנוכחות 25.00 ימי עבודה בפועל שבהם 152.50 שעות עבודה בפועל
שכר מינימום: לחודש 5,300.00 לשעה 28.49



זאברמן יצחק
טרומפלדור 3 גבעת שמואל

12 - רותם

ריכוז הנתונים בתלוש שכר

פרטים	סכום בשי"ח
סה"כ תשלומים	8,182.55
ניכויי חובה מיסים	453.24
ניכויים קופות גמל	140.60
שכר נטו	7,588.71
ניכויים שונים	
נטו לתשלום	7,588.71

פרטי חשבון הבנק

מספר חשבון	סניף	בנק
177332	91	12

תעריפים

תאור	סכום בשי"ח
תעריף יום	211.99
תעריף שעה	29.12

נתונים נוספים אחרים

נתונים אישיים	מספר עובד
1773322/1	מספר זהות
1773322/1	מצב משפחתי
גרוש	תאריך לידה
25/11/1945	ילדים עד גיל 19
	קופת חולים
מכבי	נתוני העסקה
	מעמד
שעתי	התחלת עבודה
25/09/2016	קוד ביטוח לאומי
3	אחוז משרה
	נתונים חודשיים
3.35	ותק
2.25	נקודות זיכוי
14.00	אחוז מס שולי

פרוט התשלומים

סמל	תאור	קוד	כמות	תעריף	סכום נטו	לא לתשלום	סכום בשי"ח
2	תשלומים בגין משרה						
49	שעות רגילות (1315)	כ	153.00	29.12	4,455.36		
148	שעות שבת 150% (1315)	כ	32.00	43.68	1,397.76		
	תשלום הבראה	כ	182.00	1.78	323.96		
	סה"כ תשלומים בגין משרה				6,177.08		
5	תשלומים בגין שעות נוספות/תשלום מיוחד	כ	18.48	36.40	672.67		
6	ש.נ. 125% (1315)	כ	22.50	43.68	982.80		
	ש.נ. 150% (1315)				1,655.47		
9	תשלומים בגין הוצאות						
	אחזקת רכב	ק			350.00		
	סה"כ תשלומים בגין הוצאות				350.00		
63	שוויים						
	ניכוי דמי חבר						
	סה"כ שוויים				55.23-		
	סה"כ תשלומים				55.23-		
					8,182.55		

ניכויי חובה/קופות גמל

סמל	תאור	מספר חשבון	ברוטו	הפרשת מעסיק	סכום הניכוי
	ניכויי חובה-מיסים				
	מס הכנסה		8,127.32		391.87
	בטוח לאומי		8,182.55	69.64	
	בטוח בריאות				61.37
	דמי טיפול אירגוני				453.24
	סה"כ ניכויי חובה				
	ניכויים והפרשות לקופות גמל				
120	ק.השתל הראל 154		5,299.84	397.49	132.50
354	הראל ק.ה.הבראה		323.96	24.30	8.10
	סה"כ קופות גמל				140.60
	סה"כ ניכויים				593.84

יחידות מס

1	2	3	4	5	6
25					
7	8	9	10	11	12
					סה"כ י"ח
					25

פרטי מעסיק

930077094	תיק ניכויים
511353229	חברה
	כתובת מעסיק
	הסיבים 18
49517	פתח תקוה

ניכויים שונים

סמל	תאור	קוד	אסמכתא	כמות	יתרה	סכום הניכוי
	סה"כ ניכויים שונים					

נתוני העדויות

תאור	מכסה שנתית	יתרה קודמת	תוספת חודשית	ניצול החודש	ניצול מצטבר	יתרה
חופשה	12	33.80	1.00			34.80
מחלה	24	61.50	2.00			63.50

נתונים מצטברים של קופות גמל וקרן השתלמות לשנת המס הנוכחית

סוג הקופה	שכר בסיס	ניכוי עובד	הפרשת מעסיק	אחוז	שווי
קרן השתלמות	5,624	141	422	7.50	

נתונים נוספים עפ"י חוק הגנת השכר

התקופה בעדה בוצע ניתוח נוכחות: מ-01/01/2020 עד 31/01/2020
 התקן בחודש הקלנדרי 26.00 ימי עבודה שבהם 248.00 שעות עבודה
 בתקופת ניתוח הנוכחות 25.00 ימי עבודה בפועל שבהם 153.00 שעות עבודה בפועל
 שכר מינימום: לחודש 5,300.00 לשעה 28.49

הודעה לעובד

למען מיצוי זכויותיך בביטוח הלאומי נא לוודא שפרטיך האישיים
 הרשומים בתלוש השכר זהים לפרטים המופיעים בתעודת הזהות