

עמוד 1 מתוך 2

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.

1 פרטי המעסיק

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי
כפ"ר יוניס בע"מ	8515105305	035512053
רחוב / תא דואר	מיקוד	טלפון פקס
בר אילן	הר - ים	035519438

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

2 פרטי החובש

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
אלמליח	עמר	☒ זכר ☐ נקבה	038374390

3 פרטי התאונה

נפגע בתאריך	בשעה	כאשר עבד ב
23/04/93 שנה חודש יום	11:45	ניתן בבה"פ סני העבודה

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

כתובת מקום התאונה _____

תיאור התאונה באופן קצר: הנפגע נפל ל האס האמרי, המכונה להכיס
אח האס, ובזמן שהנפגע היה הולך פקק כי הובנו בעין שלמה
ובאזור הונס, כאל"ר הבק אור ולא הצלחתי לראות כלום בעין שלמה
האיבר שנפגע עין שלמה וראש

4 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: 22/5/14 תפקיד החותם: נציג כפ"ר שם החותם: שלמה רמן חתימה וחותמת: (X)

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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: 23 ימים

☐ 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 ידיעתנו.

אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן

אין הסתייגות. הנתון (פ) הוא חלק מהצורה הנתונה של המסמך ויש להקפיד על התאריך 22/12/24 תפקיד החותם מנכ"ל שם החותם אליה ורמן חתימה וחותמת X

האכזר בעין
שלמה

5

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאוסר

☐ 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 מאוסר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאוסר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוצי:

☐ הנופגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנופגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת X

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

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: _____ שעת הפגיעה: 11:45 תאריך: 23/4/23

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
מנהל			
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 שהדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק: _____ מספר תיק ניכויים במסד לביטוח לאומי: 9431951458

תאריך תחילת עבודה: 1/9/1998 מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ זמני ☐ חודשי היקף המשרה ב-: 100% מספר ימי העבודה בשבוע: 6

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

ממת' עד מת' _____ 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

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 הפרש ששולמו בשכר ברוטו	
		יומי	חודשי		לתיקופה	שם התשלום
חודש יולי	23	☒	☐	11,999		
חודש אוגוסט	20	☒	☐	11,600		
חודש ספטמבר	22	☒	☐	13,200		
חודש אוקטובר	20	☒	☐	13,800		

☐ העובד שב לעבודה בתאריך: _____ ☒ 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 באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר: _____

שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא

שם איש קשר לבירור פרטי שכר: _____ מספר טלפון: _____

חתימת המעסיק: _____ תאריך: 14/5/23 שם ותפקיד החותם: _____ חתימה וחותמת: _____