

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

טלפון קווי
טלפון פקס

03	72	4	1	3	5

עיריית תל אביב-יפו
אבן גבירול 69, תל-אביב-יפו
ח.פ. 500250006
מעסיק 930000013

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד
עיריית תל אביב-יפו
אבן גבירול 69, תל-אביב-יפו
ח.פ. 500250006
רחוב / תא דואר
מעסיק 930000013

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

2 פרטי החובט

מספר זהות / דרכון
ז"ב

0	3	2	5	8	7	7	1	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

מין
☐ זכר
☒ נקבה

שם פרטי
120

שם משפחה
חסיף

3 פרטי התאונה

נפגע בתאריך _____ בשעה _____
כאשר עבד ב _____ סוג העבודה _____

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

מ"ט ת"טן נש"ט עירון ח'
תיאור התאונה: כשדור סבורט לסי הנדס פלם כי כדורא בראש.
סחרחורית וטובי טאט להסרת באמבולנס עמיר, חלום.
האיבר שנפגע _____

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 _____

עיריית תל-אביב-יפו
משאב אדם
מינהל החינוך

תאריך 23.4.23 תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 8

23.3.23

ותאריך הפגיעה 03258779

נא ציין את מספר תעודת זהות



המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות

פגיעה בעבודה

תביעה לתשלום דמי פגיעה

והודעה על פגיעה בעבודה

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך									
דפים									

חותמת קבלה

☐ עצמאי
☐ הכשרה מקצועית

☐ שכיר
☐ מתנדב

☐ תאונה בעבודה
☐ מחלת מקצוע

פרטי הנפגע

שם משפחה
חסיג

1

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)

03258779

תאריך עלייה

יום חודש שנה

שם פרטי

סיון

תאריך לידה

27041986

יום חודש שנה

מספר אישי בצה"ל

יום חודש שנה

מצב משפחתי

☐ ידועה/בציבור ☐ גרושה ☐ פרודה ☒ נשוי/אה ☐ אלמנה ☐ רווקה

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

מיקוד

יישוב

אור יהודה

דירה

7

כניסה

מס' בית

91

רחוב / תא דואר

ירושלים

דואר אלקטרוני

Sivanhasid@gmail.com

טלפון נייד

0509609096

טלפון קווי

☒ אני מאשר קבלת הודעות SMS

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

מיקוד

יישוב

דירה

כניסה

מס' בית

רחוב / תא דואר

פרטי מקום העבודה

שכיר

2

תפקיד התובע במקום העבודה

סידר חז"ל

שם מעסיק/ מפעל/ מקום עבודה

עריה ח-א/די?

מיקוד

יישוב

ח-א/דיק

רחוב / תא דואר מספר בית

טלפון קווי

טלפון נייד

מס' פקס

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☒ לא ☐ כן, פרט:

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעביד: ☒ לא ☐ כן, פרט:

עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק - יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה/ לבצע)

שם העסק

סוג העיסוק

טלפון קווי

טלפון נייד

מיקוד

יישוב

מספר בית

רחוב / תא דואר

עמוד 2 מתוך 8

23/3/23

03258779 ותאריך הפגיעה

נא ציין את מספר תעודת זהות

פרטי הפגיעה

3

שעת הפסקת עבודה

תאריך הפסקת עבודה

שעת הפגיעה

היום בשבוע

תאריך הפגיעה

9:00

23/3/23

9:00

חמישי

23/03/2023
שנה חודש יום

היכן קרתה הפגיעה?

במהלך העבודה: ☒ במפעל/בעסק

☐ בדרך לעבודה

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

☐ מחוץ למפעל

☐ בדרך לביתך

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

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

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף) במאגר סמור

כאשר נאשגיתם על האמצעים פגך בי נפגך כדורגל
הניגול

שמות העדים לתאונה: ☐ לא נכחו עדים ☒ כן נכחו עדים, פרט:

שם סליה מלכין כתובת שכונת החוף 7

☒ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר

שם כתובת

☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר

האם מדובר בתאונת דרכים? ☒ לא ☐ כן, אם כן, נא למלא חלק 5 בעמוד הבא

מסירת הודעה למעביד על הפגיעה

תאריך מסירת ההודעה

למי נמסרה ההודעה?

תפקיד

שם

23/03/2023
שנה חודש יום

חני אילן

מפקחת סיון

אם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לנזיקין, אנא השב על שאלה 9 בחלק 5.

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

4

האיבר שנפגע

מהות החבלה
(לדוגמא: שבר, פצע, חתך)

מי טיפל לראשונה בפגיעה?
(שם הרופא/שירות רפואי)

כא

15/3

בית חולים אר שומר

תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה

תקופת אשפוז

שם בית החולים / מחלקה

23/03/2023
שנה חודש יום

א-גשומר

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

☒ כללית ☐ לאומית

☐ מכבי ☐ מאוחדת

נא ציין את מספר תעודת זהות 03258779 ותאריך הפגיעה 23/3/2023

כתובת וטלפון המרפאה
שבה טופלתי/אני מטופל

רופא קופת חולים
המקבל
במרפאת פרטית

רופא קופת חולים
המקבל
במרפאת הקופה

תחום המו"מ:

שם הרופא

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

5

האם נמסרה הודעה על
התאונה למשטרה?

☐ 10 ☐ 17

(אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)

התאונה
אירעה :

☐ בדרך למקום מגוריי ☐ תוך כד' עבודה ☐ בדרך לעבודה

מספר התיק במשטרה

טיפול בתאונה
תחנת משטרה ב-

האם נפגעת בהיותך: ☐ הולך רגל ☐ נוסע ברכב ☐ נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)

☐ מרכב ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע ☐ מונית
☐ אחר

סוג הרכב המעורב
בתאונה:

מספר רישוי

*לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב.

5 בעלות הרכב:

אם הרכב בבעלות חברת השכרה/ ליסינג, נא לצרף עותק מההסכם.

מספר זהות / דרכון

שם ומשפחה

פרטי הנהג

מספר זהות / דרכון

שם ומשפחה

A horizontal number line with 11 equally spaced tick marks. Below each tick mark is a number, starting from 1 on the left and increasing by 1 up to 11 on the right.

מספר זהות / דרכון

שם ומשפחה

נוסעים נוספים ברכב:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

מס' פוליסה

שם חברת הביטוח

האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח?

☐ לא ☐ כן. נא לצרף העתק

מהודעתך לחברת הביטוח

סוג התאונה במזיקין

☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות

☐ תקיפה ☐ נשיכה מכלב ☐ אחר

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לתאונה? ☐ לא ☐ כן, פרט:

שם עורך הדין המטפל

מס' טלפון

מ'ס' 079

פירוט העיסוקים לפני הפגיעה

6

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 מעבידים נוספים * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

אחרי הפגיעה

☐ טרם חזרתי לעבודה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

☐ שהייתי בעסק / בעבודתי

עד תאריך

שנה	23	חודש	03	יום	28
-----	----	------	----	-----	----

משעה _____ עד שעה _____

משעה _____ עד שעה _____

מתאריך

שנה	23	חודש	03	יום	21
-----	----	------	----	-----	----

עד תאריך

שנה	_____	חודש	_____	יום	_____
-----	-------	------	-------	-----	-------

עד תאריך

שנה	_____	חודש	_____	יום	_____
-----	-------	------	-------	-----	-------

בתאריך

שנה	_____	חודש	_____	יום	_____
-----	-------	------	-------	-----	-------

מתאריך

שנה	_____	חודש	_____	יום	_____
-----	-------	------	-------	-----	-------

מתאריך

שנה	_____	חודש	_____	יום	_____
-----	-------	------	-------	-----	-------

☐ חזרתי לעבודה מלאה

אני מצהיר בזאת, כי שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו

עד שעה 14:00 משעה 08:00

7 הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל מניות בחברה בלבד

חובה להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבוצעת בפועל)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה ☒

נא ציין את מספר תעודת זהות 032577719 ותאריך הפגיעה 23/2/03

8

סיון ואלול ימים חסידים

שם הבנק
מזרחי ספא /

שם הסניף / כתובתו
בנק מזרחי 3 יחיד.

מס' סניף
525

מספר חשבון
104760

~~חתימת/חתימות השותפים לחשבון~~

חתימת מקבל התשלום

22. 4. 23

תאריך

9

☐ פטור חלקי * יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

10

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 ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.
ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך 23.4.23

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע, נא לצייין את הסיבה לכך

מספר זהות
ס"ב

כתובת

שם החותם

מספר זהות
ס"ב

שם העד לחתימה

עמוד 6 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות 032587719 ותאריך הפגיעה 23/3/23

למילוי ע"י המעביד אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא הנפגע)

11

פרטים על תאונה מחוץ לעסק או למפעל

☐ התאונה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: _____ שעת הפגיעה _____

המקום שבו היה על הנפגע לעבוד או שבו עבד הנפגע ביום התאונה: _____

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 החזרה הצפויה

שעת היציאה

☐ תאונה בדרך לעבודה

באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____ הכתובת שבה היה אמור לעבוד? _____
האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש? ☐ לא ☐ כן

☐ תאונה בדרך הביתה

באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

12

שם המפעל / המעביד

מספר תיק מעביד במוסד

9 |

תאריך תחילת עבודה: 11/9/2010 מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי היקף המשרה ב- % 80.1 מספר ימי העבודה בשבוע: 5

☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____
נא לציין 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 הפרשים שנכללו בשכר ברוטו		
		יומי	חודשי		סכום	לתקופה	שם התשלום
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				
חודש		☐	☐				

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☐ העובד לא שב עדיין לעבודה.

☐ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☐ כן ☐ לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____

סיבת הפסקת העבודה: _____

עמוד 7 מתוך 8

נא ציין את מספר תעודת זהות 038587719 ותאריך הפגיעה 23/3/23

13 פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעביד/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעביד? (נכון ליום התאונה)

117.58

כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום התאונה: ☒

☐ 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)

14 הצהרת המעביד

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

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

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת * _____

15 פרטים משלימים למעביד מורשה/ מאושר

☒ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעביד מורשה לפי תקנה 22:

☐ הנ"ל נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ הנ"ל אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

מעביד מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעביד מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיבוץ:

☐ הנ"ל חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנ"ל אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

*** חתימת המעביד וחותמת**

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

עמוד 8 מתוך 8

23/3/23

ותאריך הפגיעה

032587719

נא ציין את מספר תעודת זהות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה

יום	חודש	שנה							

מספר זהות/דרכון

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

קוד גמלה

60

שם פרטי

שם משפחה

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 אודותי.

תאריך 23/4/23 חתימת המבוטח * תס"צ סיון

חתימה