



המוסד לביטוח לאומי
ביטוח נפגעי עבודה

תאריך קבלת הטופס בקופה

תאריך מתן האישור

טופס למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה (בל/ 250)
מעסיק נכבד, נא עיין בדברי החסבר שמעבר לדף לפני מתן הטופס לעובד.

שם המעסיק / שם המפעל / הקיבוץ / המעביד	מספר תיק במוסד	מספר טלפון
א. מוקד אכסחה ב"מ	9306171044	036051666
רחוב	מספר בית	מספר פקס
(יוסי'ים)	18	036051681

לכבוד

קופת חולים / בית חולים

(250/)

נא להגיש עזרה רפואית לעובד / למתנדב (נא מחק את המיותר):

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות	דרכון
סורגון	סלם	זכר	58616509	☒

רחוב	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
אלעזר 3ב	22		1	חולון	
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מס' תא דואר	דואר נע		
0	0546222601				

שנפגע בתאריך 13/4/23 בשעה שמונה כאשר עבד ב פנימי סוג העבודה

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

כתובת מקום התאונה: מנין המסעיה בן שבת 5 ת"א

תאור התאונה: אצבעי העכביץ יצאה מהאוזן והחליפה על הדם

האבר שנפגע תל וצונו יומא

☒ הנפגע חבר בקופת חולים מכבי שם קופת חולים

☐ עובד זר

שם המאשר אח סטא

תפקידו במפעל תלם שבר

חתימה והחזמת המפעל



הביטוח הלאומי

מערכת ייצוג לקוחות באינטרנט

תאריך הדפסה: 03/07/2023
מועד אחרון להגשה: 03/08/2023

49039274



טופס
ייפוי כוח למייצג/ת

יש לשלוח את הטופס החתום באמצעות אתר
ניהול משרד המייצגים

פרטי המשרד המייצג

שם המשרד: עו"ד אריאל פרייברג
שם המייצג/ת: פרייברג אריאל
דוא"ל: frei.ariel@gmail.com
כתובת: דרך אבא הלל 7 רמת גן 5252204
ת.ז. המייצג/ת: 066630930
טלפון: 0546544930

פרטי המבוטח/ת

שם המבוטח: סורג'ון סופי
ת.ז. המבוטח: 058616509

הגמלאות שנבחרו לייצוג

- דמי פגיעה/ד.פ. למתנדבים, תאונות אישיות - לרבות ועדות - תאריכי אירוע: 13/04/2023
- נכות מעבודה, תגמול למתנדבים, תלויים - לרבות ועדות - תאריכי אירוע: 13/04/2023

הצהרה וויתור על סודיות

אני החתום מטה, מייפה בזה את כוחו של עורך הדין פרייברג אריאל או עורך דין אחר במשרדו לייצג אותי מול הביטוח הלאומי ולקבל בשמי ובעבורי מאת המוסד לביטוח לאומי כל מידע, פרטים ומסמכים המצויים ברשותו והנוגעים אליי, בין במישרין ובין בעקיפין, בנושאים שפורטו לעיל.

וויתור על סודיות

אני החתום מטה, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ונותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו או לכל אדם אחר הפועל מטעמו או בעבורו למסור למייצג כל מידע שיבקש על אודותי והמצוי ברשותכם על מצבי הרפואי, התפקודי, הסוציאלי, או על טיפולים בתחום הפסיכיאטריה, בעבר ובהווה וכן מידע הנוגע לנכות רפואית או לנכות אחרת שנקבעה לי לפי חוק הביטוח הלאומי או לצורך ביצועו של החוק האמור. מבלי לגרוע מהאמור לעיל אני מתיר בזה למוסד לביטוח לאומי או לכל עובד מעובדיו או לכל אדם אחר הפועל מטעמו או בעבורו למסור למייצג כל מידע, מסמך, תעודה, חוות דעת, דוח או הערכה בדבר מצבי הבריאותי, התפקודי, הסוציאלי, השיקומי או אחר המצוי ברשות המוסד לביטוח לאומי.

אני מאשר/ת למייצג הנ"ל להיכנס לאתר האישי של הביטוח הלאומי ולצפות בנתונים שלי.

אני החתום מטה משחרר בזה את המוסד לביטוח לאומי ופונטר אותו או כל עובד מעובדיו או כל אדם או גוף הבאים מכוחו של המוסד לביטוח לאומי מחובת שמירה על סודיות רפואית או סודיות כלשהי אחרת שלפי כל דין, ומוותר בזה על כל טענה ותביעה מכל סוג שהוא בקשר לסודיות רפואית או לסודיות אחרת, בלי יוצא מן הכלל, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו קשר למסירת המידע כאמור כלפי המוסד לביטוח לאומי או עובדיו או הבאים מכוחו.

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רישון: 62254

חתימת המבוטח

תאריך

03/07/2023

הריני מאשר את חתימת מבשרי הנ"ל

סורג'ון סופי

עו"ד אריאל פרייברג
מס' רישון: 62254

תאריך: 13/04/2023

מכבי שירותי בריאות

ד"ר מלצר פולינה

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחית ברפואת המשפחה

מ.ר גורם מפנה

השם: מלצר פולינה

ת.ז: 06/01/1964

מסמך אושר
דיגיטלית
מכבי

טלפון: 03-5510388 03-6485150

פקס: 03-6527814

כתובת: פנחס אלון 13 מרכז מסחרי, חולון (קומה 1)

קוד הפניה: 319942272

פרטי הנבדק:

שם משפחה: סורג'ון

שם פרטי: סופי

ת.ז.: 58616509

ת.לידה: 06/01/1964

מין: נ

טלפון: 0774421309

טל.עבודה/נייד: 0546222601

כתובת: שנקר 83/1, חולון

מיקוד 5833924



0058616509

מוקד רפואה דחופה

סוג השירות: כללי (מבוגרים וילדים)

תלונות: שיחה טלפונית

כרגע נמצאת במוקד

מבקשת הפניה לצילום יד ימין

היום החליקה על הרצפה בעבודה

אבחנה:

בעיות ידועות:

• OBSERVATION-PATIENT UNDER OBSERVATION

- OSTEOPOROSIS (12/2018)
- CVA (2010)
- PEPTIC DISEASE (2008)
- GASTROSCOPY (2014)
- COLONOSCOPY NORMAL (2014)

רגישויות: penicilin - 25/11/2018

רגישויות לתרופות: - PENICILLIN - 01/01/1900

מעשנ/ת : לא

מופנה לצורך:

לשלול שבר

** הפניה זו בתוקף 24 שעות מרגע הפקתה. **
תוקף הפניה זו לתאריך 14/04/2023 בשעה 17:24:42

השירות ניתן מעבר לשעות פעילות הסניף בימי חול, סופי שבוע וחגים בלבד.
מומלץ לוודא שעות פעילות במדריך השירותים באינטרנט או במכבי ללא הפסקה.

נא להצטייד בכרטיס מגנטי

13/04/2023

תאריך

נא לצרף מסמכים רלוונטים לשם התאמת סוג ומשך הטיפול הנדרש

חתימה וחותמת

13/04/2023 תאריך:

מכבי שירותי בריאות

ד"ר שחאדה מונדר

מ.ר גורם מפנה

מוקד רפואה דחופה

טראומטולוגיה



טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:

ת.ז.: 58616509

שם פרטי: סופי

שם משפחה: סורג'ון



0058616509

טל.עבודה/נייד: 0546222601

0774421309

טלפון:

מין: נ

06/01/1964

ת.לידה:

שנקר 83/1, חולון

כתובת:

מיקוד 5833924

מכתב שחרור

13/04/2023

תאריך:

שעת קבלה: 19:00

שעת שחרור: 19:13

סיבת הפניה:

בת 59

יד ימין דומננטית.

טרם קבלתה החליקה ונפלה במהלך עבודה, חבלה לכתף וזרוע ימין
בבדיקתה: ממקדת רגישות מסביב לכתף מימין, ללא חוסר NV דסטלי.
בצילומים: שבר ב PROXIMAL HUMERUS מימין, של צוואר כירורגי GT, ללא תזוזה,
מתאים ל NEER 1.

הוסבר למטופלת על הממצאים, הוסבר על המשך טיפול.
משתחררת עם ההמלצות הבאות:

אבחנות פעילות:

- OSTEOPOROSIS (12/2018)
- CVA (2010)
- PEPTIC DISEASE (2008)
- GASTROSCOPY (2014)
- COLONOSCOPY NORMAL (2014)

רגישויות:

penicilin

רגישויות לתרופות:

PENICILLIN

אבחנה:

- FRACTURE HUMERUS UPPER END CLOSED Right

תוכנית טיפולית: מתלה ליד ימין רוב שעות יממה,
שימוש במייצב כתף לפי הצורך.
הפעלת מרפק ושורש כף יד בצורה חופשית.
להימנע מהפעלת כתף.
ביקורת אורתופד בעוד שבועיים עם צילום
עדכני.

ד"ר שחאדה מונדר
מנהל ליכוד אורחופדיה
מ.ר 131932 מ.ר 45957

ד"ר שחאדה מונדר

חתימה וחומתמת הרופא

לידיעתך המוקד נועד לתת מענה למקרה דחוף, ואינו מתאים להמשך מעקב.
את המעקב והמשך הטיפול, יש לבצע אצל הרופא המטפל בקהילה

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

<u>שם משפחה</u> שם פרטי	<u>שם פרטי</u> שם פרטי	<u>תעודת זהות</u> תעודת זהות	<u>שם האב</u> שם האב
12	058616509	חלון	טלפון
מס'	מס'	מיקוד	מיקוד
רחוב	רחוב	רחוב	רחוב

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: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

רופאים: _____
מכונים, מעבדות: _____

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

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____
תאריך: 24/5/03 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה: _____

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 ביחד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

ולראיה באתי על החתום

היום 24 לחודש 5 שנה 23

חתימה: סה'ס'ס'ס'ס'ס'ס' X

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

עו"ד אריאל פריינדל
מס' רשיון: 62254

עורך-דין



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 שנפגעה 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.
- בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה או צילום תעודת ביטוח

לידיעתך

- על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחר) 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.

ניצוד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את טופס התביעה על פי ההנחיות הרשומות בו.
- עליך לצרף אישורים נוספים על פי הנדרש 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 וביירוים 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 אפטרופוס – יש לצרף צו אפטרופוסות.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

בל/211(2019)02

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

פרטי התובע					
שם משפחה		שם פרטי		סופי	
סורג'ון		תאריך לידה		תאריך עלייה	
מספר אישי בצה"ל		שנה		חודש	
יום		יום		חודש	
מצב משפחתי: ☐ רווק/ה		☐ אלמ/ה		☐ פרודה/ה	
☒ גרושה/ה		☐ נשוי/אה		☐ ידועה/ה בציבור	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
אלעזר דוד 22/1					
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני:	
0 5 4 6 2 2 2 6 0 1					
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א'					
שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית					
שם מעסיק/ מפעל		תפקיד התובע במקום העבודה		טלפון קווי	
א.מוקד אבטחה ושירותים בע"מ				טלפון נייד	
רחוב / תא דואר		מספר בית		מיקוד	
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 אירעה מחוץ לעסק – יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמור/ה לבצע)					
שם העסק		סוג העיסוק		טלפון קווי	
רחוב / תא דואר		מספר בית		מיקוד	

2א'

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

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

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה
				1 3 0 4 2 0 2 3 יום חודש שנה
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 _____ האם נכחו עדים בתאונה?: ☐ לא ☐ כן, פרט: _____				
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר	
		0 5 4 6 2 2 6 0 1		
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר	
האם מדובר בתאונה דרכים? ☐ לא ☐ כן, אם כן, נא למלא חלק 6 בעמוד 4				
מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה				
תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד		
שנה חודש יום				

4

E

6

פרטים על תאונת דרכים

מספר התיק במשטרה	טיפול בתאונה תחנת משטרה ב-	האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? ☐ לא ☐ כן, (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)	1
האם נפגעת בהיותך: ☐ הולך רגל ☐ נוסע ברכב ☐ נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)			2
מספר רישוי	סוג הרכב המעורב בתאונה: ☐ פרטי ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע ☐ מונית ☐ אחר, פרט _____ *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב.		3
הרכב בבעלות: ☐ פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם) ☐ רכב ציבורי ☐ אחר _____			4
במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה _____ ומספר הקו _____			
פרטי הנהג	שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון ס"ב	5
נוסעים נוספים ברכב:	שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון ס"ב	
	שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון ס"ב	
האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? ☐ לא ☐ כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח	שם חברת הביטוח	מס' פוליסה	6
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 _____			7

7	פרטים על תאונה בנזיקין
☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה פגומה ☐ התחשמלות ☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר _____ ☐ תאונה בבניין שם האתר _____ שם הקבלן המבצע _____ סוג התאונה בנזיקין 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										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"> עד תאריך שנה חודש יום </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> מתאריך שנה חודש יום </td> <td style="width: 50%; text-align: right; padding-right: 10px;"> ☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> עד שעה שעה דקה </td> <td style="text-align: center;"> משעה שעה דקה </td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;"> ☐ שהיתי בעסק/בעבודתי </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> עד שעה שעה דקה </td> <td style="text-align: center;"> משעה שעה דקה </td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;"> ☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ </td> </tr> </table> שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו: _____ משעה _____ עד שעה: _____ עבודה במשמרות ☐		עד תאריך שנה חודש יום	מתאריך שנה חודש יום	☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה	עד שעה שעה דקה	משעה שעה דקה	☐ שהיתי בעסק/בעבודתי	עד שעה שעה דקה	משעה שעה דקה	☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____
עד תאריך שנה חודש יום	מתאריך שנה חודש יום	☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה								
עד שעה שעה דקה	משעה שעה דקה	☐ שהיתי בעסק/בעבודתי								
עד שעה שעה דקה	משעה שעה דקה	☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____								

9 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 שם פרטי ומשפחה חתימה *

10 פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבוני שפרטין רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון			
סורג'ון		סופי	
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
בנק יהב לעובדי המדינה	חולון	284	45578

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני 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 חתימת מקבל התשלום * סורג'ון סופי

11 פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

הצהרת התובע/מגיש התביעה			
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 בידועין 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		14/06/2023	
חתימת התובע		* מרעין סופי	
פרטי מגיש התביעה שאינם הנפגע			
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	קרבה לתובע
סופי	סורג'ון	0 5 8 6 1 6 5 0 9	
טלפון קווי	טלפון נייד	☐ אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט ☐ דואר אלקטרוני:	
0 3 6 0 5 1 6 6 6		☐ מאשר קבלת הודעות SMS ☐ כן ☐ לא	
אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: ייפוי כח, צו אפטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.			
אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:			
שם העד לחתימה	מספר זהות		
	ס"ב		

13

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

☒ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה
 מקום הפגיעה: בניין גימנסיה בן שפרוט 5 תל אביב

שעת הפגיעה בוקר

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

14

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק	מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי
א.מוקד אבטחה ושירותים בע"מ	9 3 0 0 7 7 0 9 4 0 0

תאריך תחילת עבודה: 07/12/2020 מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ זמני ☐ חודשי

היקף המשרה ב-% _____ מספר ימי העבודה בשבוע: _____

☐ 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, 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 שנכללו בשכר ברוטו	
		יומי	חודשי		לתיקופה	סכום
חודש 04/2023	25	☒	☒	9,849.67		
חודש 03/2023	25	☒	☒	9,180.55		
חודש 02/2023	25	☒	☒	8,531.61		
חודש 01/2023	25	☒	☒	9,435.01		

☒ העובד שב לעבודה בתאריך 14/04/2023 ☐ 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: חתימת המעסיק _____

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

חתימת המעסיק _____ תאריך 14/6/23 שם ותפקיד החותם _____

חתימת המעסיק
 חתימת העובד
 511353229

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

15

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)

הצהרת המעסיק

16

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 14/06/2023 תפקיד החותם חגית שם החותם אלי פז חתימה חתומה

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

17

☐ 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)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת X

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

נא ציין את מספר תעודת זהות 0 5 8 6 1 6 5 0 9 ותאריך הפגיעה 13/04/2023 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	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	0 5 8 6 1 6 5 0 9	1 3 0 4 2 0 2 3 יום חודש שנה
שם משפחה	סורג'ון	שם פרטי
		סופי
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 אודותיי.

תאריך 14/06/2023 חתימת המבוטח * סורג'ון סופי

תאריך: 13/04/2023

מ.ר גורם מפנה



131932



מכבי שירותי בריאות
מוקד רפואה דחופה

ד"ר שחאדה מונדר
טראומטולוגיה

טלפון: 03-5025252

פקס: 03-5025242

כתובת: הופיין 13, חולון

פרטי הנבדק:	
שם משפחה: סורג'ון	ת.ז.: 58616509
ת.לידה: 06/01/1964	שם פרטי: סופי
מין: נ	טלפון: 0774421309
תל. עבודה/נייד: 0546222601	מיקוד: 5833924
כתובת: שנקר 83/1, חולון	

0058616509

מכתב שחרור

במידה ורופא במוקד טראומה המליץ על המשך מעקב אורטופדי, עליך לקבוע תור אך ורק אצל רופא אורטופדי בקהילה.
מספרי הטלפון של הרופאים האורטופדיים נמצאים במדריך השירותים של "מכבי" או ב"מכבי ללא הפסקה" 1700505353.



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה

עמוד 1 מתוך 2

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

1

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב
מיקוד	טלפון פקס	

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

פרטי החובט

2

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
סורגון	יוכי	☐ זכר ☒ נקבה	058616509

פרטי התאונה

3

נפגע בתאריך	שנה	חודש	יום	בשעה	כאשר עבד ב	סוג העבודה
13042023						
מקום התאונה: ☐ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר						
כתובת מקום התאונה						
תיאור התאונה						
האירוע שנגע						

הצהרת המעסיק

4

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 _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת * _____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

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 _____

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? _____ 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
_____	_____

תאריך תחילת עבודה: _____ 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 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 בעבור שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר	
		יומי	חודשי		לחקופה	שם התשלום
חודש _____		☐	☐			
חודש _____		☐	☐			
חודש _____		☐	☐			
חודש _____		☐	☐			

☐ 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, 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 _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____

הסכם ייצוג משפטי ושכר טרחת עורך – דין

שנערך ונחתם ב _____ ביום _____ לחודש _____ 2020

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ מ _____ רמת גן (להלן - "עורך הדין") בעד טיפול לשלם למשרד עו"ד אריאל פרייברג מרחוב אבא הלל 7 רמת גן (להלן - "עורך הדין") בעד טיפול ב _____ כדלהלן:

1.1 – בגין דמי פגיעה יגבה שכ"ט בסך של 12% בתוספת מע"מ.

1.2 שכר טרחה באחוזים בסך השווה ל-17% מתוך 60 חודשי קצבה בצירוף מע"מ.

1.3 במקרה של מענק (9%-19% נכות) ישולם שכ"ט בסך השווה ל-17% מהמענק, בצירוף מע"מ.

2. **מהות הטיפול ושלביו הצפויים:** הגשת התביעה, ייצוג בוועדות רפואיות, ערר על ועדה רפואית – הכל בהתאם לצורך ולשיקול דעת עוה"ד.

3. הלקוח מתחייב לשלם את שכר טרחת עורך הדין במועדים שיקבעו הצדדים. מוסכם ומובהר כי אי תשלום שכר הטרחה מהווה הפרה יסודית של הסכם זה ויזכה את עורך הדין להתפטר ולהפסיק את הייצוג והטיפול המשפטי וכן לנקוט כנגד הלקוח בכל אמצעי לפי דין לשם גביית שכר הטרחה.

4. הלקוח מתחייב לשלם את שכר טרחת עורך הדין אם ידרוש הלקוח, מטעמיו הוא, להפסיק את הטיפול המשפטי כדלהלן:

4.1 הלקוח רשאי לחזור בו מההתקשרות בתוך 7 ימי עבודה המיזם.

4.2 הפסיק הלקוח את ההתקשרות לאחר 7 ימי עבודה ובטרם הוגשה תביעה, ישלם לעוה"ד דמי פתיחת תיק בסך 800 ₪.

4.3 הפסיק הלקוח את ההתקשרות לאחר הגשת התביעה – ישלם לעוה"ד את דמי פתיחת תיק וכן את שכר הטרחה המיזם הקבוע בחוק עבור טיפול בתביעה שאינו כולל ייצוג בוועדות רפואיות.

4.4 הפסיק הלקוח את ההתקשרות לאחר הופעה ראשונה בוועדה רפואית או לאחר הגשת ערעור או לאחר תביעה לבית דין – ישלם לעוה"ד את דמי פתיחת התיק וכן את שכר הטרחה המלא הקבוע בהסכם זה עבור השלב בו הסתיים הטיפול כאילו הסתיים הטיפול באותו שלב.

4.5 במקרה של הפסקת התקשרות ישולמו דמי פתיחת התיק במועד הפסקת ההתקשרות, ושכר הטרחה הנוסף ישולם בעת קבלת ההחלטה המזכה בתגמול כספי, גם אם יוצג לאחר מכן ע"י גורם אחר. כמו כן, ישלם הלקוח במועד הפסקת הייצוג את יתרת ההוצאות שלא שולמה.

5. **הוצאות:** שכר הטרחה אינו כולל אגרות, הוצאות (לרבות הוצאות נסיעה וחניה) וחווות דעת מומחים, אשר יישא בהם הלקוח.

הלקוח מצהיר כי ידוע לו שהיקף העבודה אינו נמדד במספר פעולות המבוצעות על ידי עורך הדין, כי אם בתוצאות הטיפול המשפטי, על כן מתחייב הלקוח לשלם את שכר טרחת עורך הדין כאמור לעיל.

6. הלקוח מצהיר כי ידוע לו כי הוא האחראי הבלעדי לשלמות ונכונות המידע ו/או המסמכים המועברים לעורך הדין, והלקוח מוותר בזאת על כל טענה לעניין זה כלפי עורך הדין.

7. הלקוח מצהיר ומתחייב בזאת להעביר מיידית לעורך הדין כל מידע ו/או מסמך שיתקבל על ידו במהלך הטיפול המשפטי, בקשר לטיפול המשפטי, לרבות תכתובות ו/או הודעות כלשהן מהמוסדות כנגדם הוגשו התביעות, הזמנות לוועדות ו/או בדיקות, הודעה על ביקור מטעם המוסדות וכיו"ב. ככל שלא יעביר הלקוח הודעה כאמור בסעיף זה לעורך הדין, יהיה הלקוח מושקע מלטעון כנגד עורך הדין לעניין היעדר טיפול והלקוח יהיה מחויב בתשלום שכר טרחת עורך הדין כאמור בהסכם זה.

8. היה וללקוח ישנן חובות כלשהן, למי מהמוסדות כנגדם הוגשו התביעות, במועד תחילת הטיפול המשפטי ו/או לאחריו, וחלק מהזכויות ו/או הפיצויים הצפויים להתקבל יקוזזו על ידי מי מהמוסדות הנ"ל לכיסוי החוב, יחושב הסכום שקוזז כחלק מסכום הזיכוי ו/או הפיצוי, לצורך חישוב התמורה לו זכאי עורך הדין.

9. הלקוח מצהיר כי בחתימתו על הסכם זה מתחייב הלקוח לשלם את התמורה המלאה לעורך הדין, לפי הסכם זה, גם אם יחליט הלקוח שלא לממש את זכותו לכשתתהווה בכל עת ממועד חתימתו על הסכם זה, לרבות אם יבחר להפסיק את הטיפול ו/או להמשיך הטיפול באמצעות אחר ו/או בעצמו.

10. מוסכם כי תוקפו של הסכם זה יהיה יפה עד להשלמת הטיפול המשפטי ועד לסיומה של התקופה הנקובה לפי סעיף 1.1 לעיל, והלקוח מחויב בהמשך תשלום שכר טרחתו של עורך הדין בגין מלוא תקופת תשלום שכר הטרחה.

11. מוסכם כי במידה ויפסקו ללקוח תשלומים שונים לתקופה זמנית, ימשיך הסכם זה לעמוד בתוקפו והטיפול על ידי עורך הדין יימשך עד מימוש מלוא זכויותיו של הלקוח בתוך התקופה האמורה בסעיף 1.1.

12. מובהר כי בתביעות ביטוח תשלום שכר הטרחה לעורך הדין יהיה עבור כל התקופות המאושרות, מעת לעת על ידי חברת הביטוח, עד לגובה תקופת התשלום הנקובה בסעיף 1.1 לעיל.

13. מוסכם כי כל הסכומים המפורטים בהסכם זה, ככל שלא ישולמו במועד, יישאו הצמדה למדד המחירים לצרכן, כאשר מדד הבסיס הינו המדד הידוע ביום חתימת הסכם זה, כמו גם ריבית לפי חוק פסיקת ריבית ממועד חתימת הסכם זה.

14. מוסכם כי הסמכות השיפוטית בכל הנוגע להסכם זה תינתן לבית המשפט המוסמך במחוז תל אביב בלבד, אולם עורך הדין יהיה רשאי לנקוט בחליכים לפי הסכם זה בכל בית משפט, והלקוח מוותר בזאת על טענות לעניין הסמכות המקומית.

15. הלקוח קיבל העתק וכן דף מידע כללי.

חתימת הלקוח

חתימת עוה"ד

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 ידיעתנו.

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

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת ☒

5

פרטים משלימים 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)

טופס דיווח על תאונת עבודה

1. פרטי הנפגע(ת)

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז./מס' דרכון
סויקין	יוכי	058616509
כתובת	ש.לידה	מין זכר
שנתי 83/1 ירוק	1964	
טלפון	תפקיד	ותק
054-6222601	שומית'ל	קופ"ח מכר
תאריך התאונה: 13/4/23 שעה: 13/4/23	תאריך הדיווח	13/4/23
טיפול רפואי:	מקום	מיון
☐	☐	☐
סוג התאונה: בעבודה	בדור	עבודה/וחרה
☒	☐	☐
פרטי הממונה הישיר של הנפגע- שם + משפחה	טל:	
שמוליק כהן	0523279005	

2. תאור נסיבות התאונה.

שטח המבצע יצא מהלוקס והחליקה על הקר.

איבר עקרי שנפגע (הקף בעיגול)

ראש חזה ובטן עיניים(מש) רגל(מש) פנים גב זרוע(מש) כף רגל(מש) צוואר
 עמוד שדרה כף יד(מש) זרוע(מש) כתף יד(מש)

3. עדים לתאונה

מס'	שם פרטי ומשפחה	כתובת	טלפון (בית,נייד)
1.			
2.			

חתימת העובד _____