

החלטה	ל" תשרי תשפ"ג, 25/10/2022 תיק 13477-04-20 עוז' משפטי לורדי לוי
הנתבעת 2 תפעל בהתאם להנחיות שניתנו ביום 22.10.22.	
*** נחתם דיגיטלית ***	

אילנה אנדריאנוב, ת.ז. 346000672

התובעת :

ע"י ב"כ עו"ד אריאל פרייברג
מרח' אבא הלל 7, רמת גן
טל. 03-7412358 פקס. 077-3180983

-נגד-

1. "קרנית" – קרן לפיצוי נפגעי תאונות-רכים, 500500376

הנתבעת :

ע"י ב"כ עו"ד אילן חגי
ואו עו"ד רחל ליבוביץ ואו עו"ד
שרית גנות ואו עו"ד רבקה שטרן
מרח' זיבוטנסקי 33, רמת גן 52511
מגדלי התאומים 1, קומה 2
טל. 03-5759090 פקס. 03-5759091
דוא"ל : office@ilanhagai.co.il

2. הראל חברה לביטוח בע"מ, 520004078

ע"י ב"כ עו"ד צבי יעקובוביץ ואח'
מרח' תובל 11, רמת גן 5252226
טל. 03-7511120 פקס. 03-7522206
דוא"ל : main@ykb-law.co.il

-נגד-

דן תחבורה ציבורית בע"מ, 570012377

הצד השלישי :

ע"י ב"כ עו"ד צבי יעקובוביץ ואח'
מרח' תובל 11, רמת גן 5252226
טל. 03-7511120 פקס. 03-7522206
דוא"ל : main@ykb-law.co.il



תחשיב נזק מטעם הנתבעת (1)

בהתאם להחלטת בית המשפט הנכבד מוגש בזאת תחשיב נזק מטעם הנתבעת (1) (להלן : "הנתבעת").

1. הערות מקדמיות לתחשיב הנזק :

- 1.1 תחשיב הנזק נערך לצורך פשרה בלבד, ואין בו כדי לחייב את הנתבעת ו/או אין בו משום ויתור על כל טענה שיש ו/או תהיה לנתבעת, לרבות טענותיה לעניין החבות.
- 1.2 אין ספק כי פריטי הנזק והסכומים הנטענים בתחשיב הנזק מטעם התובעת מוגזמים, חסרי כל בסיס ומנותקים מנתוני התיק.

2. החבות לפיצוי:

- 2.1. הנתבעת חוזרת על כל האמור בכתב ההגנה מטעמה, ותטען כי אינה חבה בפיצוי התובעת.
- 2.2. הנתבעת טען כי נסיבות קרות האירוע הנטענות בכתב התביעה (להלן: "האירוע") – אינן אמת; ו/או כי לא ארעה לתובעת כל "תאונת-דרכים" כהגדרתה בחוק; ו/או כי אם נפגעה התובעת דבר המוכחש, הרי שהיה זה בנסיבות אחרות ו/או בנסיבות שאין להן כל קשר לנתבעת, ו/או שלא במסגרת "תאונת דרכים" כהגדרתה בחוק, ו/או בנסיבות שאינן מקנות לתובעת כל יריבות ו/או עילת תביעה כלפי הנתבעת.
- 2.3. לחלופין, הנתבעת טען כי באירוע, המוכחש כשלעצמו, לא היה מעורב כלל רכב מנועי, ועל כן אין יריבות בינה לבין התובעת, ואין לתובעת עילת תביעה נגדה.
- 2.4. עוד ולחלופין, הנתבעת טען כי פגיעת התובעת, המוכחשת כשלעצמה, לא נגרמה עקב "שימוש ברכב מנועי" כנדרש עפ"י דין.
- 2.5. עוד ולחלופין, ובמידה ותתקבל טענת התובעת, ובית המשפט הנכבד יקבע כי התובעת נפגעה ב"תאונת דרכים" כהגדרתה בחוק, **הנתבעת טען כי באירוע היה מעורב רכב שהיה בבעלות ו/או בחזקת חברת "דן תחבורה ציבורית בע"מ"**.

כך נטען בכתב התביעה:

5. מבירור עם עד ראיה, מר דור דוידסון, אשר נסע באוטובוס אשר פגע בתובעת עלה כי במועד האירוע היה נוסע לעבודה בקווים שמספרם: 52, 54, 57, 160, 63. כל אלה הינם קווי חברת "דן" המבוטחים ע"י הנתבעת 2.

הנתבעת טען כי כלי הרכב שהיו במועד האירוע בבעלות ו/או בחזקת חברת "דן תחבורה ציבורית בע"מ" היו מבוטחים אצל הנתבעת (2). לפיכך, הנתבעת טען כי החבות לפיצוי התובעת, אם בכלל, מוטלת על הנתבעת (2).



2.6. הלכה פסוקה היא כי "מקום בו אין הנוהג ידוע, אך עומדת לנפגע תביעה כנגד מבטח - לא תהא קרנית חייבת בפיצוי הנפגע על פי סעיף 12(א) לחוק. מן הטעם הזה, כך נקבע במקרה אחד [ת.א. (ב"ש) 727/80 מאיר טובול נ. רשות הנמלים בישראל ואח' (תק-מח 1133 (2) 1991), כאשר הפגיעה נגרמה על ידי רכב שנהגו לא זוהא אך הוכח כי השתייך לרשות הנמלים, אשר התירה את השימוש בו, ומשהוכח גם כי כל כלי הרכב השייכים לגוף הזה היו מבוטחים אצל אותו מבטח – חייב זה האחרון בפיצוי הנפגע. תביעתו של הנפגע נגד קרנית נדחתה" (ראה: אליעזר ריבלין, **תאונת הדרכים – סדרי דין וחישוב פיצויים**, מהדורה חדשה ומעודכנת, בעמ' 351).

2.7. גם בספרו "פיצויים לנפגעי תאונות-דרכים" (מהדורה שנייה, תש"ן, בעמ' 74), מתייחס המחבר - פרופ' י. אנגלרד, במפורש, למצב דומה למקרה דנן:

"מבחינה מעשית אפשר, אולי, למצוא נסיבות נוספות שבהן יש חשיבות מסויימת למצב קיום האחריות אצל בעל רכב שהתיר את השימוש. נתאר לעצמנו מקרה שבו נפגע אדם על ידי מכונית המסתלקת מן המקום, מבלי שתהיה אפשרות לזהות את הנהג. כאן יוכל הנפגע, אם הצליח לזהות את בעלי הרכב – כגון עצם סוג הרכב: אוטובוס של אגד – לפנות אליהם מבלי לטרוח בזיהוי נוסף. יתרה מזו, אפשר כי נגד הבעלים הרשום קיימת חזקה שהשימוש נעשה בהיתרו, והוא ישא באחריות כל עוד לא יוכח ההיפך".

ובהמשך:

"עובדה בלבד שהנוהג אינו ידוע אינה מזכה את הנפגע לתביעה כלפי הקרן, אם עדיין עומדת לו תביעה כלפי מבטח. כך, למשל, אדם שנפגע על ידי מכונית של חברת אוטובוסים יכול לתבוע את המבטח, גם אם אינו מצליח לזהות את הנהג המיוחד שהיה מעורב בתאונה. החברה אחראית בתור מתירה את

השימוש ברכבה, לפי ס' 2(ב) לחוק. ביד הנפגע לתבוע פיצויים מאת המבטח, ואין לו צורך להיזקק לאפשרות התביעה כלפי הקרן. העדר הצורך משמעות כאן היא העדר זכות" (שם, בעמ' 103-102).

2.8 הדברים האמורים חזרו ונקבעו על בית המשפט העליון ב-ע"א 9096/11 "קרנית" נ' ג'בארין (פס"ד מיום 10.7.2012):

"11.שער הכניסה לסעיף 12(א)(1) הוא הרישא לסעיף 12(א), כך שחובת הפיצויים תחול על קרנית רק מקום שאין בידי הנפגע להיפרע מידי החברה המבטחת. כך למשל, כותב השופט ריבלין בספרו.... בדומה, מציין פרופ' אנגלרד בספרו... ומוסיף המחבר לגבי תכליתה של הוראת סעיף 12(א) לחוק (שם, עמ' 222):

"כוונתה העיקרית של ההוראה בס' 12(א)(1) לחוק היא לתאונות פגע וברח. אך, לפי הרישא של סעיף 12(א) לחוק, הנסיבה של אי-ידיעת הנהוג האחראי צריכה לגרום לאי-היכולת לתבוע פיצויים מאת מבטח. העובדה בלבד שהנהוג אינו ידוע אינה מזכה את הנפגע לתביעה כלפי הקרן, אם עדיין עומדת לו תביעה כלפי מבטח. כך, למשל, אדם שנפגע על ידי מכונית של חברת אוטובוסים יכול לתבוע את המבטח, גם אם אינו מצליח לזהות את הנהג המיוחד שהיה מעורב בתאונה. החברה אחראית בתור מתירה את השימוש ברכבה, לפי ס' 2 (ב) לחוק. ביד הנפגע לתבוע פיצויים מאת המבטח, ואין לו צורך להיזקק לאפשרות התביעה כלפי הקרן. העדר הצורך משמעותו כאן היא העדר זכות" (הדגשות הוספו – י.ע.).

גם בפסיקה נאמר, כי על מנת שקרנית תפצה נפגע, עליו לעמוד במספר תנאים כלהלן:

"על מנת שקרנית תימצא אחראית לפצות נפגע נדרש בראש ובראשונה כי הלה יהא זכאי לפיצויים לפי חוק הפיצויים. [...] תנאי זה מתקיים בענייננו [...] משכך, יש לבחון אם מתקיימים שני תנאים נוספים המבססים את הזכאות לפי סעיף 12(א)(1): ראשית, כי אין בידי הנפגע לתבוע פיצויים מאת מבטח; שנית, כי חוסר האפשרות נובע מכך שהנהוג האחראי אינו ידוע" (רע"א 3909/08 קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים נ' קורן, פסקה 9 לפסק דינו של המשנה לנשיאה א' ריבלין [פורסם בנבו], 10.9.2009) (להלן: עניין שרה קורן)).

12. תוצאה זו מתחייבת גם מבחינת הדין הרצוי. ההלכה הפסוקה שבה והבהירה כי תפקידה של קרנית הוא שיורי לתפקידה של חברת הביטוח המסחרית, בהיותה רשת בטחון לאותו נפגע שאין באפשרותו לתבוע פיצויים מהנהג-הפוגע וחברת הביטוח שגבתה את הפרמיה עבור הביטוח (עניין שרה קורן, בפסקאות 12-13 לפסק דינו של המשנה לנשיאה א' ריבלין; ע"א 214/81 מדינת ישראל נ' פחימה, פ"ד לט(4) 821, בפסקה 15 לפסק דינו של השופט ברק (1986) (להלן: עניין פחימה)). פרשנות לפיה קרנית תהיה ברירת המחדל במצב שבו לא הוכחה זהות הנהג, למרות שהרכב המעורב בתאונה מבטח בביטוח חובה, תאפשר למבטחות לצרף את קרנית כנתבעת בכל תביעה בה שהה ברכב הפוגע יותר מאדם אחד, ותחייב את קרנית להוכיח במאזן הסתברויות בכל אחד מהמצבים האלו את זהותו של הנהג. תוצאה כזו סותרת את אופיה השיורי של קרנית, וחוטאת לתכלית החקיקתית של סעיף 12 לחוק הפל"ד. על דרך ההיקש לעניין פחימה, שם נקבע כי על מבטח המכונית, ולא על קרנית, לשאת בסיכון של סטיית הנהג מההיתר הראשוני, כך גם במקרה בו הרכב הפוגע מבטח, הרי ששאלת זהותו של הנהג ברכב המבטח נופלת ל"תחום המשיכה" של המבטח ולא ל"תחום המשיכה" של קרנית.

לכך יש להוסיף גם את החזקה לפיה מי שנוהג ברכב נוהג ברשות הבעלים (ע"א 31/85 בדיר נ' לסה, פ"ד מג(2) 81, פסקה 4 לפסק דינו של השופט מלץ (1989)).

המבטחות לא הביאו ולו ראשית ראיה לסתור חזקה זו. בהיעדר ראיה לסתור, יש להניח כי נימר התיר את השימוש ברכב למי שהיה בעל רישיון נהיגה, קרי, לקאסם. זאת, מכוח ההנחה כי **היעדר הרישיון הוא חריג למקרה הביטוח, ובשל כך חובת הראיה היא על המבטחת** (השוו ע"א 304/10 ח'מיס נ' קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים, פסקה 4 לפסק דינו של המשנה לנשיאה א' ריבלין [פורסם בנבו], 13.9.2010) (להלן: עניין ח'מיס).

13. דומה כי זו התמונה המצטיירת גם מפסיקתן של הערכאות הדיוניות, אשר שבו וקבעו כי בהיעדר מחלוקת כי הרכב היה מבוטח אצל חברת ביטוח ידועה, אין להעביר את האחריות לקרנית, אף אם זהות הנהג הפוגע אינה ידועה (ראו לדוגמה, ת"א (ב"ש) 727/80 טובול נ' רשות הנמלים בישראל, פסקה 8 לפסק דינו של השופט (כתוארו אז) א' ריבלין [פורסם בנבו], 14.7.1991; ע"א (י-ם) 11444/07 מנורה חברה לביטוח בע"מ נ' מפארגיה [פורסם בנבו], 15.5.2008; תא (חי) 220/96 מריסאת נ' עוף טנא בע"מ, פסקה י"ז לפסק דינו של השופט יי גריל [פורסם בנבו], 20.6.2004).

14. כאמור, תפקידו העיקרי של סעיף 12(א)(1), מכוון בעיקר למצב של תאונות פגע וברח (אנגלרד, בעמוד 222), או למצבים בהם הנפגע לא היה מסוגל עקב מגבלה פיזית או קוגניטיבית לזהות את הנהג ובשל כך לא ניתן היה להתחקות אחר המבטחת (ריבלין, בעמודים 464-465). אכן, על הנפגע לפעול ב"שקידה סבירה" כדי לזהות את הנהג ואת הרכב הפוגע (עניין שרה קורן, בפסקאות 11-10 לפסק דינו של המשנה לנשיאה א' ריבלין; ע"א 502/84 קרנית נ' הורביץ, פ"ד מא(1) 542, 547 (1987)), אך בענייננו, התובע היה קטין, נכה מלידה עובר למועד התאונה, וכל שעלה ביכולתו הוא לזהות את הרכב הפוגע.

15. זאת ועוד. לא אחת נקבע בפסיקתו של בית משפט זה כי נטל ההוכחה מוטל על מי שהטענה מקדמת את עניינו, בבחינת "הדין הראיתי הולך אחר המשפט המהותי" (ראו ע"א 10467/08 חגי'אזי נ' עיאס, פסקה 14 לפסק דינה של הנשיא בייניש [פורסם בנבו], 3.11.2010); ע"א 4667/08 שלום הר עוז נ' סערת תוכנה בע"מ, פסקה 22 לפסק דיני והאסמכתאות שם [פורסם בנבו], 15.2.2011; רע"א 8744/08 קרנית קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים, פסקה 6 לפסק דיני [פורסם בנבו], 21.11.2010). כלל זה יפה אף לענייננו: **מצב בו לנהג הרכב אין רישיון הוא חריג לכלל באשר לכיסוי הביטוחי. מסיבה זו, נטל השכנוע במקרה זה מוטל על המבטחת, להראות כי נהג הרכב לא היה קאסם אלא אנואר (עניין ח'מיס)".**

2.9 עוד ולחלופין, הנתבעת תטען כי גם אם תתקבל טענת התובעת ויקבע כי האירוע, המוכחש כשלעצמו, מהווה "תאונת דרכים" עפ"י החוק - אין לתובעת כל עילת תביעה כנגד הנתבעת ו/או לא מוטלת עליה כל חובה עפ"י דין לפצותה, באשר התובעת לא עשתה את כל המאמצים ו/או לא פעלה בשקידה סבירה, לברר את פרטי הנוהג ברכב שנטען כי היה מעורב באירוע, המוכחש כשלעצמו, ו/או את פרטי הרכב ו/או פרטי המבטח.

בכתב התביעה נטען כי הנהג הפוגע **עצר לסייע** לתובעת:

4. יצוין כי נהג האוטובוס עצר לסייע אך לא השאיר לתובעת את פרטיו.

2.10 כך גם בהודעתה במשטרה מסרה התובעה כי נהג האוטובוס **"נעצר וניגש ושאל אם אני בסדר... אחרי שהוא פגע בי ושאל אותי אם הכל בסדר עזב את המקום..."**

- 5 -

וטראומתי.... תאונת הדרכים היא לעיתים קרובות אירוע טראומתי ומושג ה"סבירות" חייב להיבחן בהתחשב בכך

...

באופן פרטני יותר ניתן לחשוב על **מספר מקרים טיפוסיים** שבהם הנפגע אינו יודע את פרטיו של הנהג-הפוגע ושל מבטחו. **מקרה אחד** הוא מקרה של תאונת "פגע וברח". זהו המקרה הברור ביותר שבו קמה תחולה לסעיף 12(א)(1), ובלבד שהנפגע ביצע את הפעולות המתבקשות בתקופה שלאחר התאונה כדי לברר את זהותו של הנהג-הפוגע. **דין דומה** יחול במקרים שבהם גילו של הנפגע, או פגיעתו הפיזית בתאונה, לא אפשרו לו להתחקות אחר זהותו של הנהג-הפוגע. **מצב דברים שלישי** הוא מצב שבו הנפגע יכול היה מבחינה פיזית ליטול את פרטיו של הפוגע, אך לא עשה כן מסיבה סובייקטיבית שניתן לראותה כסבירה בנסיבות המיוחדות של אירוע תאונת-הדרכים. כך למשל, מצב שבו הנפגע היה שרוי עקב התאונה בהלם, חרדה או דאגה רבה לשלומם-שלו או של אחרים. כך גם מצב שבו תגובתו המאיימת, התוקפנית או הסרבנית של הנהג-הפוגע מנעה מהנפגע "ללחוץ" לקבלת הפרטים. במקרים מסוג זה, אם משתכנע בית המשפט בתום-ליבו של הנפגע, ובניסיונותיו הכנים לגלות את זהותו של הנהג-הפוגע או של חברת הביטוח בשלב מאוחר יותר, יכיר בדרך-כלל בית המשפט בחבותה של קרנית. **קבוצת מקרים נוספת** כוללת **נפגעים שבחרו באופן מודע שלא לבקש את הפרטים** מטעמים כגון אי-נעימות או סברה שהנזק שנגרם אינו רציני ולכן לא מצדיק את "הטרחה". **במצבים אלה אין להחיל את סעיף 12(א)(1), וניתן לומר בהם כי אין לו לנפגע אלא להלין על עצמו על שבחר שלא לפעול על-פי הנהג המקובל ולדרוש את פרטיו של הנהג-הפוגע.** זו תהא המסקנה גם בעניינם של הנפגעים שהתנהגותם מעידה על חוסר אכפתיות, אזלת יד, או יותר מכך, על קנוניה, ניסיון הסתרה או תרמית.

מובן כי מקרים טיפוסיים אלה הם "ייצוגיים" בלבד ויתכנו מקרים נוספים. אולם המבחן העקרוני הוא כמתואר לעיל. נראה כי מבחן זה מאזן כראוי בין השיקולים שלעניין ומשקף את מטרות החקיקה. **מבחן זה מבוסס על ההנחה כי במצב רגיל בני אדם שנפגעים בתאונה מתעדים את פרטיו של הנהג-הפוגע, וכך הם מצופים לנהוג....."**



2.12 לאור האמור לעיל, תטען הנתבעת כי ככל שייקבע כי התובעת נפגעה ב"תאונת דרכים" בה היה מעורב רכב השייך לצי הרכבים של חברת "דן"- הרי שיש לדחות את התביעה כנגד הנתבעת ולהטיל החבות על המבטחת. לחלופין, תטען הנתבעת כי דין התביעה כנגדה להידחות באשר התובעת לא פעלה בשקידה סבירה לקבלת פרטי הרכב הפוגע ו/או נהגו ו/או מבטחת הרכב, ואין לתובעת להלין אלא על עצמה.

מבלי לגרוע מטענותיה בעניין החבות, תטען הנתבעת בעניין גובה הנזק כדלקמן:

3. העובדות לתחשיב:

3.1 התובעת, ילידת 19.09.1993, טוענת כי נגרמו לו "נזקי גוף" בגין תאונת דרכים מיום 27.01.2019.

3.2 בעת התאונה היתה התובעת כבת 26, וכיום כבת 29.

3.3 התאונה הוכרה כ"תאונת עבודה" על ידי המוסד לביטוח לאומי.

4. הנכות הרפואית והנכות התפקודית:

4.1 ועדה רפואית של המל"ל קבעה לתובעת נכות צמיתה בשיעור של 10% לפי סעיף 35(1)(ב) בגין ארטריטיס רבמטואידית החל מיום 01.04.20.

4.2 כן נקבעה לתובעת נכות זמנית כדלקמן:

30% נכות החל מיום 29.04.19 ועד 31.08.19

20% החל מיום 01.09.19 ועד 31.12.19

10% נכות החל מיום 01.01.20 ועד 31.03.20

4.3 הועדה הרפואית החליטה שאין להגדיל את אחוזי הנכות על פי תקנה 15, מאחר ו"לא קיימת ירידה בהכנסות".

4.4 הנתבעת תטען כי לנכות הרפואית שנקבעה לתובעת אין כל משמעות תפקודית, ובכל מקרה אין בה כדי לגרוע מכושר השתכרותה.

5. חישוב הנזק

5.1 הפסד השתכרות לעבר:

התובעת הינה מעצבת גרפית.

עיון בתלושי השכר אשר צורפו לתחשיב הנזק מטעם התובעת מלמד כי שכרה בעת האירוע עמד ע"ס של 7,240 ₪ נטו.

הפסד שכר מלא (תקופת "דמי הפגיעה") מיום 28.01.19 ועד 28.04.19:

7,240 ₪ * 3 חודשים = 21,740 ₪.

מעיון בדו"ח רציפות הביטוח עולה כי בחודש 04/2019 התובעת שבה לעבודה, ושכרה אף הושבת.

שנה	עיסוק	פרטי המדווח	חודשים	הכנסה	הערה
2020	עובד	לייטריקס בע"מ	12 11 10 09 08 07 06 05 04 03 02 01	83,496	
2019	עובד	לייטריקס בע"מ	*	145,198	
2018	בעל הכנסה לייע		*	89,251	

לפיכך, אין מקום לפסוק לתובעת כל פיצוי בגין התקופה שמחודש 04/2019 ועד היום שכן, כאמור, התובעת חזרה לעבודה מבלי ששכרה נגרע, ולמעשה אף הושבת.

5.2 הפסד כושר השתכרות לעתיד והפסד פנסיה:

הנתבעת תטען כי אין בנכות שנקבעה לתובעת כדי לגרוע מכושר השתכרותה.

כפי שפורט לעיל, ועדה רפואית של המל"ל לא הפעילה תקנה 15 מאחר וסברה כי "לא קיימת ירידה בהכנסות".

בספרו "פיצויים בשל נזקי גוף" (מהדורה חמישית, תשס"ג) עמ' 259 כתב ד. קציר:

"נכויות בשיעור נמוך, של 5% או אפילו עד 10%, מטבען שאינן עלולות להשפיע על כושר התפקוד בנוגע להשתכרות אצל אדם מן הישוב".

לפיכך תטען הנתבעת כי אין לפסוק לתובעת כל פיצוי בגין ראש נזק זה.

5.3 הוצאות רפואיות ונסיעות:

בהיות התאונה "תאונת עבודה", נושא המל"ל בכל הוצאותיה של התובעת ואין מקום לפיצוי בגין פריטי נזק אלה.

5.4 עזרת צד שלישי לעבר ולעתיד:

התובעת לא נזקקה לעזרה מיוחדת מעבר לזו הניתנת ע"י בני המשפחה סמוך לאחר קרות התאונה, ובכל מקרה - אם היתה נזקקת לעזרה כזו יכוחל היתה לפנות למל"ל לקבלתה.

יתרה מכך, התובעת לא הציגה כל ראיה ו/או הוכחה בדבר הצורך בעזרת הזולת ו/או היקף העזרה שקיבלה, אם בכלל. הלכה פסוקה היא כי נזק מיוחד חייב הוכחה בראיות של ממש, ומשלא הוכחה התובעת את הוצאותיה הנובעות מהתאונה, אין היא זכאית לכל פיצוי שהוא בגין ראש נזק זה.

5.5 כאב וסבל:

בהתאם לתקנות, מוצע לפסוק לתובעת סך של 19,462 ₪ בגין ראש נזק זה.

5.6 ניכויים:

מכל סכום שייפסק לתובעת, אם ייפסק, יש לנכות כל סכום שקיבלה ותקבל התובעת מהמוסד לביטוח לאומי, עקב התאונה. לתובעת שולם סך של 20,448 ₪ בגין "דמי פגיעה" וכן סך נוסף של 45,744 ₪ בגין הנכויות, סה"כ: 66,192 ₪.

*** מצ"ב תיק המל"ל, מסומן נספח א'.

מן האמור לעיל עולה כי אין כל ספק כי תביעת התובע "נבלעת" בתגמולי המוסד לביטוח לאומי.



שרית גנות

שרית גנות, עו"ד
ב"כ הנתבעת -
"קרנית"

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

עמוד

שם המסמך

[11](#)

[נספח 1:](#) [נספח א'- תיק המלי"ל](#) (עמודים 11 עד 36)



נספח 1 :

נספח א'- תיק המל"ל

(עמודים 11 עד 36)



סניף : רמת גן
 כתובת : חשמונאים 15
 טלפון : 6050 *פקס : 03-6720103


 המוסד לביטוח לאומי

אישור על תשלום גימלת דמי פגיעה תאריך : ט סיון תש"פ 01/06/2020

לכבוד : פתרונו

מספר תיק : 34600067/2

תאריך פגיעה : 27/01/2019

סוג גימלה : שכיר ד"פ

א.ג.ג.

הננו מאשרים כי שולמו לגברת אילנה אנדריאנוב דמי פגיעה, בהתאם לתקופות אי כושר לעבודה שאושרו בגין הפגיעה בעבודה. הגימלה חושבה לפי בסיס למבוטח : בסיס כשכיר בסך 26964

* דמי הפגיעה חושבו לפי 75% מההכנסה הנ"ל עד למכסימום.

פרוט תקופות שלא אושרו לתשלום

מתאריך	עד תאריך	מספר ימים	סיבה
29/04/2019	05/05/2019	7	תום תקופת אי הכושר-ס'92

פרוט תקופות הזכאות

מתאריך	עד תאריך	מספר ימים לתשלום	שעות לתשלום
28/01/2019	08/02/2019	12	8
09/02/2019	27/04/2019	78	8
28/04/2019	28/04/2019	1	8

פרוט התשלומים ברוטו

תאריך תשלום	סכום חגימלה	הפרשי הצמדה	סכום עמלה
11/02/2019	5168		
25/02/2019	3370		
13/03/2019	3146		
31/03/2019	4494		
15/04/2019	1798		
01/05/2019	2472		

התשלום הועבר לחשבון התובע

בכבוד רב,

שרעבי עוז

פקיד תביעות נפגעי עבודה



המוסד לביטוח לאומי

סניף: רמת גן
טלפון: 04-8812345 *6050

ט' בסיון, תש"פ
01 ביוני 2020

מספר תיק: 34/60067-00-11

לכבוד
אנדריאנוב אילנה
22 חרות גן
רמת גן 5254130

הנדון: אישור על תשלומים בגמלת נכות מעבודה בשנת 2020

אנו מאשרים כי לגבי אנדריאנוב אילנה, מספר זהות 34600067/2 שולמה גמלת נכות מעבודה עקב פגיעה בעבודה מיום 27/01/2019
על-פי הוראות פרק ה' לחוק הביטוח הלאומי.
דרגת הנכות האחרונה שנקבעה לך על ידי ועדה רפואית היא בשיעור 10.00% יציבה מתאריך 01/04/2020
הגמלאות חושבו לפי שכר רבע שנתי (בסיס) על סך 26,964 ש"ח.

להלן פירוט התשלומים:

נזן לתשלום	סה"כ ניכויים	פירוט ניכויים/חובות							סה"כ תשלום ברוטו	הרכב תשלום			תאריך תשלום
		קיזוזים		ביטוח הדידי	גמלת יתר	ארגון נכים	ביטוח בריאות	אחר/חד פעמי		קצבה			
		סכום	תאור					סכום			תאור		
13,780								13,780	קצבה 04/2019-12/2019	13,780		07/01/2020	
684								684			684		28/01/2020
684								684			684		28/02/2020
29,412								29,412		29,412	מענק חד פעמי		27/03/2020
684								684				684	29/03/2020
500								500		500	קצבה 04/2020		20/04/2020
45,744								45,744		43,692		2,052	סה"כ



בכבוד רב,
שרעבי עוז
נציג שירות
המוסד לביטוח לאומי

אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.
בכל מקרה של סתירה בין הרושם באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד ואו בתיקו של המבוטח, הרישומים שבדי המוסד קובעים.



המוסד לביטוח לאומי

סניף: רמת גן
טלפון: 04-8812345*6050

טי' בסיון, תש"פ
01 ביוני 2020

מספר תיק: 34/600067-00-11

לכבוד
אנדריאנוב אילנה
חרות 22
רמת גן 5254130

הנדון: אישור על תשלומים בגמלת נכות מעבודה מתחילת הזכאות

27/01/2019
אנו מאשרים כי לגבי אנדריאנוב אילנה, מספר זהות 34600067/2 שולמה גמלת נכות מעבודה עקב פגיעה בעבודה מיום 01/04/2020 על-פי הוראות פרק ה' לחוק הביטוח הלאומי.
דרגת הנכות האחרונה שנקבעה לך על ידי ועדה רפואית היא בשיעור 10.00% יציבה מתאריך 01/04/2020
הגמלאות חושבו לפי שכר רבע שנתי (בסיס) על סך 26,964 ש"ח.

להלן פירוט התשלומים:

תאריך תשלום	הרכב תשלום	סה"כ תשלום ברוטו	פירוט ניכויים/חובות						סה"כ ניכויים	סה"כ לתשלום נטו
			ביטוח בריאות	ארגון נכים	גמלת יתר	ביטוח הדידי	קיצוזים	תאור		
2020	קצבה	2,052								45,744
סה"כ		2,052								45,744



בכבוד רב,
שרעבי עוז
נציג שירות
המוסד לביטוח לאומי

אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.
בכל מקרה של סתירה בין הרושם באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד ואו בתיקו של המבוטח, הרישומים שבניד המוסד קובעים.



נרשם במרום

עמוד 1 מתוך 10

ותאריך הפגיעה

נא ציין את מספר תעודת זהות

לשימוש פנימי בלבד (סריקה) מס' זהות / דרכון סוג המסמך 01	מס' חתמת קבלה 03 מס' סניף 09 מס' סניף 09	המוסד לכיסוח לאומי מינהל הגמלאות פגיעה בעבודה
---	--	--

תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט ☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי ☐ עצמאי ☐ מתנדב		שם פרטי אילנה שם משפחה אליאן מספר אישי בצה"ל 19091993 תאריך לידה 19091993 שנה חודש יום 21011998 שנה חודש יום	
מצב משפחתי: ☐ רווקה ☐ אלמנה ☐ פרודה ☒ נשואה ☐ גרושה ☐ ידועה בציבור		רחוב / תא דואר חלה מס' בית 22 דירה 22 כניסה 22 מיקוד 535240	
טלפון קווי טלפון נייד 1051459311113 אני מאשר קבלת הודעות SMS דואר אלקטרוני: laneandrian@gmail.com		רחוב / תא דואר מס' בית מספר בית מיקוד	

שם מעסיק / מפעל מפעל סליל תפקיד התובע במקום העבודה מנהל שירות		טלפון קווי טלפון נייד 051459311113	
רחוב / תא דואר מספר בית מיקוד		שם העסק מספר בית מיקוד	

00000000000000000000

6211

נא ציין את מספר תעודת זהות _____ ותאריך הפגיעה _____ עמוד 2 מתוך 10

2א'

מקום השירות

☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת

☐ שב"ס ☐ משא"ז

☐ משטרה ☐ אחר

רחוב / תא דואר מספר בית יישוב מיקוד

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____ מס' פקס _____

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 הדחייה.

3

תאריך הפגיעה 27/01/2019 חודש יום שנה

הזמן בשבוע 10:00 כ"א

שעת הפגיעה 10:00

שעה הפסקת עבודה _____ תאריך הפסקת עבודה _____

היכן אירעה הפגיעה?
☐ במהלך העבודה ☐ במסעל/בעסק ☐ מחוץ למפעל ☐ בדרך לביתר ☐ בתאונה בדרכי: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או לעד אחר

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

שם כתובת מספר טלפון

שם כתובת מספר טלפון

האם מדובר בתאונה דרכים? ☐ לא ☒ כן, נא למלא חלק 6 בעמוד 4

תאריך מסירת ההודעה 27/01/2019 חודש יום שנה

שם מקבל ההודעה _____ תפקיד _____

אין לי אי-בהירות על הדיון

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

האיבר שנפגע		מהות החבלה (לדגמא: שבר, פצע, חתך)		מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שיחת רמאי)	
2. יד ימין, אגודל		החבלה באגודל הימני		א. א. א.	
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה		תקופת אשפוז		שם בית החולים / מחלקה	
21.01.19 10:00		—		שם בית החולים / מחלקה	
שנה חודש יום		שעה		קופת חולים שבה אתה חבר	
2019 01 21		10:00		כן ☐ לא ☒	
כלית ☐ לאומית ☐		מכבי ☐ מאוחדת ☐		אחר ☐	
פרטי הרופאים המטפלים		שם הרופא		כתובת המרפאה	
ד"ר א. א. א.		א. א. א.		טלפון המרפאה	

סיכום ההגשת התביעה	
האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן.	
הגוף המסייע: ☐ ע"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים	
שם הגוף המייצג או המסייע: _____	

עמוד 4 מתוך 10

ותאריך הפגיעה

נא ציין את מספר תעודת זהות

מספר התיק במשטרה +3457 2019		טיפול בתאונה תחנת משטרה ב- ח'ינה (הקולן) מחוז א"י		האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? ☐ לא ☒ כן (אם כן, חתבה לצורך דוח משטרה)	
האם נפגעת בהיותך: ☐ נוסע ברכב ☐ נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)		☒ הולך רגל			
סוג הרכב המעורב בתאונה:		פרטי ☐ מלגזה ☐ סרקסור ☐ אופנוע ☐ מונית ☐ אחר, פרט ☒ סלון ☐ *להג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציטור ורישיון רכב			
מספר רישוי		הרכב בבעלות: ☒ פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ לסינג (יש לצרף שותק ההסכם) ☐ רכב ציבורי ☐ אחר			
כמידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה ☐ ויצי					
פרטי הנהג		שם ומשפחה			
מספר זהות / דרכון ס"ב					
פרטי הנהג		שם ומשפחה			
מספר זהות / דרכון ס"ב					
מספר זהות / דרכון ס"ב		שם ומשפחה			
מספר זהות / דרכון ס"ב					
מס' פוליסה		שם חברת הביטוח		האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? ☒ לא ☐ כן, מא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח	
האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג? תביעה נגד _____ שם השו"ד המטפל _____ כתובתו _____ טלפון _____ פקס _____ דואר אלקטרוני _____ התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____					





9

הצהרה / מאת: _____

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ושרד)

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

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת) _____

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות) _____

אני מצהיר כי הגנתונים שלהלן נכונים

תאריך: _____ שם פרטי ומשפחה: _____ חתימה: _____

10

מחשבוני תשלום על חשבוני

ל: התשלום יגיע ל: המוסד לביטוח לאומי בנק: תביעה ח: אבקש להעביר: לחשבון מספר: וסומים מנה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק קוק מדיטור	שם הסניף / כתובתו סניף רמת	מס' סניף 001	מספר חשבון 22747018
------------------------------	--------------------------------------	------------------------	-------------------------------

☐ לחבר קיסץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיסץ / המושב ☐ לחשבון הפרטי

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחידר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדן, 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 וא/או שובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, יחזיר לי כי המוסד רשאי לדחוש מסמכים ואישורים חספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך: 30/1/2019 חתימת מקבל התשלום: אילנה

11 פטור ממס הכנסה לטובת אשתו זכאית לפטור ממס הכנסה ע"ב הפגיעה

☐ עיוולת נכה 100% ☐ פטור חלקי *

נא ציין את מספר תעודת זהות _____ ותאריך הפגיעה _____ עמוד 7 מתוך 10

הצהרת התובע/ת			
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		חתימת התובע *	
20/09/2019		[חתימה]	
פרטי מגיש התביעה שאים הנפגע			
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	קרבה לתובע
טלפון קו	טלפון נייד	☐ אני מאשר קבלת מכתבים באינטרנט ☐ דואר אלקטרוני: @	
		☐ מאשר קבלת חודעות SMS ☐ כן ☐ לא	
אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: ייפוי כח, צו אפוסטרפסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.			
אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:			
שם העד לחתימה		מספר זהות	



נא ציין את מספר תעודת זהות _____ ותאריך הפגיעה _____ עמוד 8 מתוך 10
למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

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 לכותל 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? 10:00 איזו משמרת? 17:00 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

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

תאריך תחילת עבודה: 10/9/17 מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

היקף המשרה ב-%: 100 מספר ימי העבודה בשבוע: 5

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

ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבר 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 בעבורם שולם השכר	העבוד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר	
		יומי	חודשי		לחקופה	ברוטו
חודש 12	22	☒	☐	8989		
חודש 11	22	☒	☐	8989		
חודש 10	22	☒	☐	8989		
חודש 9	22	☒	☐	8989		

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

☐ האם היו שיסויים בשכר השבד ב-12 החודשים האחרונים למעד הפגיעה בעבודה? נא לפרט _____

☒ העובד ממשיך להימנות על עובדי המפעל: ☒ כן ☐ לא

☐ לא, העובד הקסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה: חתימת המעסיק _____

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

חתימת המעסיק _____ תאריך 19-1-17 שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחתימה _____

אלה עוסקים יעוץ טכני
034460234

נא ציין את מספר תעודת זהות _____ ותאריך הפגיעה _____ עמוד 9 מתוך 10

15 **פרטים על תשלום דמי מחלה על ידי המעסיק/קרן דמי מחלה**

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה על ידי המעסיק? (נכון ליום הפגיעה) ☒ כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 21

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו ☐ לא נצברו ימי מחלה ☐ אחר _____

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה על ידי הקרן לזמי מחלה _____ (שם הקרן)

16 **הצמדת המעסיק**

אם 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.

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

תאריך: 2019-09-24 תפקיד החותם: ד"ר שם החותם: ד"ר חתימה וחתימה: ד"ר ע"ש: 034460916

17 **פרטים נוספים על תשלום דמי מחלה על ידי המעסיק/קרן דמי מחלה**

☐ 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 להכרה / 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 וחתימת _____ (נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)



בל 200

לצפייה בסרטון הסבר על
מילוי הטופס ולמיצוי זכויות,
יש לסרוק את הברקוד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נסת מעבודה



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נסת מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונטרה לו נסת עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכות, ובהתאם לכך תשולם לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק.

שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

חובה יצירה לטופס זה

מסמך רפואי מהרופא הממחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה, אשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.

אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

יחד יש להגיש את התביעה

יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה. את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:

- למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הטספים 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 וביחרים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט. www.btl.gov.il

על פי החוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לאחר הגשת התביעה, תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימון לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמצא מסמכים רפואיים

עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.

באפשרותך לקבל שירות ייעוץ והכנה לוועדות הרפואיות ללא תשלום במרכזי יד מכוונת.

המרכזים נמצאים בבאר שבע, ירושלים, פתח תקווה וחציה.

לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון 2496*.

מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים, לצורך מיצוי זכויות.

לשאלות וביחרים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/יצירת קשר.

מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/קצבאות וחטבות/נכות מעבודה

טופס זה ממסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

בל 200 (08.2019)

גא למלא מספר תעודת זהות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נמח מעבדה



**תביעה לקביעת דרגת נסת
מעבודה ולתשלום גמלת
נכות מעבודה**

[illegible]

346000672

עמוד 2 מתוך 5

נא למלא מספר תעודת זהות

3 א פרט למילוי חלקי הטופס הבאים

מקום השירות
☐ צה"ל
☐ שב"ס
☐ משטרה
☐ משמר הכנסת
☐ משא"ז
☐ אחר

רחובות
 מס' בית _____
 יישוב _____
 מיקוד _____

טלפון קווי

טלפון נייד

מס' פקס

תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____

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

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

4 פרט למילוי חלקי הטופס הבאים

האם חקקת לאשפוז עקב הפגיעה: ☐ לא ☒ כן, פרט _____

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI, וכו')?
☐ לא ☒ כן, פרט _____

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני סובטח בקו"ח _____

ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה
ד"ר ח'אלד	רפואת פנים	המרכז הרפואי

5 פרט למילוי חלקי הטופס הבאים

המגבלות או הכאבים שמחס אתה סובל
 כאבים ורעילות בעמוד השדרה
 חוסר תאוצה וחולשה ברגליים
 כאבים ורעילות בידים
 כאבים ורעילות ברגליים

האם סבלת בעבר מחגורות או כאבים דומים לאלה שצינת בטבלה למעלה?
☐ לא ☒ כן, פרט _____

346000677

עמוד 3 מתוך 5

נא למלא מספר תעודת זהות

6

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☒ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט, גל'ר גר

שם המעביד וכתובתו _____

תאריך החזרה לעבודה _____

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה _____

7

האם אתה מעדיף לדבר בעברית?

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אי דובר _____

☐ לועדה אניע עם מלמה דובר עברית

☐ לועדה לא אניע עם מלויה דובר עברית

8

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____

מס' תיק באגף השיקום _____

האם חגשית או שאתה מתכוון לחגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____



9

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☒ כן.

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת ממש זכויות ☐ יד מכוננת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר _____

שם גורם מייצג או מסייע _____

חזר איתן ניהול

כתובת _____

טלפון _____

03-7412358

תאריך תחילת התקשורת: _____

22.2.17

10

שמות בעלי החשבון

שם הבנק: בנק הפועלים

שם הסניף / כתובת: רח' יפו

מספר חשבון: 22747018

מס' סניף: 001

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

אני השותף בחשבון הבנק של ת"י שם מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקו בחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיוזי הסח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומזפי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הר"י יחזיר למסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר סלו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למסד את פרטיהם של מושגי התשלומים.

אני מסכים כי המסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת מחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הר"ל וא/א עובד מטעמו ימסור למסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המסד רשאי לדרוש מסמכים מאישורים מספיים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וזי יהא עלי לחמצים לפי דרישה.

תאריך: 11.9.99 חתימת מקבל הגמלה * [חתימה] חתימת השותפים לחשבון * [חתימה]

11

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחים הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או בידעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לענין, דיט 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.

ידוע לי כי אם יחול שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעדכן פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערצים אותם צינתי על גבי טופס זה.

תאריך: 11.9.99 חתימת התובע * [חתימה]

אם חתביעה לא חתומה ע"י התובע, נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהות. אם התביעה נחתמה בתביעה אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

תאריך הפגיעה		מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
27/01/2019		346000672	11
שם פרטי		שם משפחה	
אלר		אריאל	
חבר בקופת חולים			
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר			

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי 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: 14.19 חתימת המבוטח *



תאריך 03/03/2019

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל		אנדריאנוב אילנה	
שם משפחה ושם פרטי	מס זהות	גיל	ת. לידה
שם האב	00-34600067-2	25.05	19/09/1993
שם האב	מס בית	טלפון	טלפון נוסף
ישוב	רחוב	5931113 - 54	טלפון

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 27/01/2019 שעת התאונה: 09:00

שם המעביד וכתובתו: אלעד סטפנסקי

תאור התאונה:

ב-27/01/2019 הייתה מעורבת בתאונת אופנים עם חבלת כף יד ימין ועידות לשברים במסרקים 4+5. טופלה במיון בה"ח איכילוב

המוסד לביטוח לאומי
סניפי רמת-גן

05-03-2019

נתקבל
דלפק קדמי גמלי

היכן קיבל טיפול קודם: *

שם הרופא המטפל: דר' גורביץ

הממצאים הקליניים:

ממצאים מתאריך 03/03/2019:
גבס ביד ימין. תנועות אצבעות שמורות. ללא נפיחות במרפק.
03/03/2019

נרשם במרומ



אבחנות		
קוד	איפיון	אבחנה
		CONTUSION OF RT HAND
		CLOSED FRACTURE METACARPAL BONES 4-5
U80		INJURIES

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 27/01/2019 עד יום 06/02/2019 (בכלל) סה"כ 11 ימים

03/03/2019

ת. הבדיקה

03/03/2019

תאריך מתן התעודה

ד"ר אירינה גורביץ'

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

מסמך מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות***
04-923
27/2/2019
אורנית מר



טופס מידע/על נתוני תיק תאונת דרכים



פרטי כלליים
 יחידת בוחנים מחוז תא 28/01/2019 כ"ב שבט תשע"ט 11:00 סיווג תיק 2019 מספר תיק פלא 43457 /
 תאריך מס' תיק מסוף 0 2019 - 1456 - 2008 מס' מסמך בתיק ב סוג כללי
 טלפון 03-6802222 פקס 03-6803607
 כתובת אמצ' 2, תל אביב
 נושא המסמך
 johananim.telaviv@police.gov.il מייל

לכל המעורבים
 1. תאריך התאונה: 27/01/2019 בשעה 10:00
 2. מקום התאונה: תל אביב - יפו, רחוב דרך בגין בכביש עירוני
 הערות מקום:
 3. פרטי כלי הרכב והמעורבים:

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
ללא מספר	(אופניים) (במערכת ת.ד.)	
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
אין ביטוח		אחר
שיוך המעורב	ת.ז.	שם
נהג		שנת לידה
כתובת	קופ"ח / בית חולים	חומרת הפגיעה

מספר רכב	סוג רכב	תוצר רכב
ללא מספר	אטובוס צבורי	
חברת ביטוח	מספר פוליסה	סוג לוחית
לא הוצג		ישראלית
שיוך המעורב	ת.ז.	שם
נהג	346000672	אילנה אנדריאנוב
כתובת	קופ"ח / בית חולים	שנת לידה
רמת גן, חרות 22	הדסה עירונ - איכילוב	19/09/1993

4. פרטי הולכי רגל:
 5. כמות נפגעים: 1 מצב התיק: בחקירה מתאריך: 28/01/2019

מ"א	שם משפחה	שם פרטי
957464	לוי	נועם
מ"א	דרגה	שם פרטי
957464	רסב	נועם

משטרת ישראל
 29-01-2020
 חקירות יפו



דו"ח ועדה רפואית לתום זמניות

אילנה אנדריאנוב, מספר זהות 346000672

סניף המגורים סניף ראשי רמת גן	סניף הוועדה סניף ראשי רמת גן	מספר ועדה NV-4222-3900	תאריך הוועדה 11/03/2020
-------------------------------------	------------------------------------	---------------------------	----------------------------

פרטים אישיים

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
אילנה אנדריאנוב	346000672	19/09/1993	נקבה	חרות 22, רמת גן 5254130
טלפון:	054-5931113			

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה 27/01/2019	תיאור הפגיעה . מעמד תעסוקתי: שכיר תיאור המקרה: חבלה תאונת דרכים/חבלה מרכב-אוטובוס שיפסף אותה. מהות המקרה: חבלת כף יד ימין אצבעות 4+5, אמה ומרפק ימין.
----------------------------	--



תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה

מתאריך	עד תאריך	פירוט
28/01/2019	28/04/2019	91 ימים

תקופות שבהן לא אושרו דמי פגיעה

מתאריך	עד תאריך	פירוט
29/04/2019	05/05/2019	תום תקופת אי הכושר-ס'92

החלטה אחרונה מתאריך 01/01/2020

נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
30.0%	29/04/2019	31/08/2019
נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
20.0%	01/09/2019	31/12/2019
נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
10.0%	01/01/2020	31/03/2020

נוכחות בדיון

התובע נכח בדיון	זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות
עורך דין נכח בדיון	אריאל פרייברג, זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות

משתתפי הוועדה

בוריס יוסף	כירורגיה אורטופדית
חיים בון	מזכיר הישיבה

דברי התובע

פירוט הליקויים מפי התובע ובאי כוחו

לקוח	אין שינוי עדיין מטופלת במסגרת פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק. עובדת כמעצבת גרפית
עורך דין	העבודה כרוכה בשימוש יד ימין הדומיננטית נזקקת להפוגה בגלל כאבים. הכאבים בעת הפעלת לחץ שימוש ביד וילופי מזג אוויר. מבקשים נכות צמיתה.

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

החל עבודה חדשה בתאריך: |
לא קיימת ירידה בהכנסות,

הצהרה

הצהרה של אילנה אנדריאנוב

- אני מאשרת כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: חיים בון, בוריס יוסף
- אני מסכימה להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:



ממצאים**מסמכים**

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

בדיקה

בבדיקה כף יד ימין ללא ניפוחות או עיוות עצמות תנועות אצבעות חופשיות מבצעת קמיצת אגרוף מלא ללא חוסר נוקוסקולרי ביד רגישות מעל מסרק 4.5 צילום ביקורת 04.03.2020 שבר אלכסון מסרק 4.5 עם חיבור וקיים קיצור של מסרק 5.

מסקנות

נכותה 5% לצמיתות.

אבחנות**אבחנות**

אבחנה	איבר / צד	תקופה	דגשים
816 - (שבר באצבע או באצבעות) יד	ימין	27/01/2018	קיים קשר סיבתי

תקנה 15

הוועדה החליטה שאין להגדיל את אחוזי הנכות על פי תקנה 15
אין ירידה בשכר



החלטה

קביעת אחוזים רפואיים

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז נכות	הערות
מ: 01/04/2020	שבר באצבע או באצבעות (יד)	35(1)(ב) ארטריטיס רבמטואידית או ניוונית, השפעה קלה על כושר הפעולה הכללי או התנועות	10% צמית	- איבר: גפה עליונה - צד: ימין

שקלול הנכות הרפואית

מתאריך	עד תאריך	מידת נכות	אחוז נכות משוקלל	שקלול למס הכנסה
01/04/2020		צמית	10%	

■ מ- 01/04/2020 ואילך נקבעה לך נכות קבועה של 10%

הצהרה של חברי הוועדה

הצהרה של: בוריס יוסף

אני מצהיר/ה בזאת כי

- לא נתתי לתובעת חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובעת
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובעת
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובעת
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: בוריס יוסף כירורגיה אורטופדית מספר רישיון: 22835

הצהרה של מזכיר הוועדה: חיים בון

אני מצהיר/ה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובעת ואיני נמצא/ת בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:



שם: חיים בון

נספח 2

לנוחותך, הסבר קצר על מושגים שבדו"ח הוועדה ברפואית:

- **מהו סעיף ליקוי?**
בתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) יש רשימה של ליקויים רפואיים שמסודרים לפי סעיפים. כל סעיף מפרט את הליקוי הרפואי ואחוז הנכות שלו.
- **מהי תקנה 15?**
הגדלת דרגת נכות לנפגע שאינו מסוגל לחזור לעבודה.
כאשר נקבעת דרגת נכות לצמיתות, בודקת הוועדה אם הנכות שנגרמה מהפגיעה בעבודה משפיעה על היכולת של הנפגע לחזור לעבודה שעבד בה לפני הפגיעה ואם הנכות גרמה לירידה משמעותית וקבועה בהכנסותיו.
במקרים אלה, הוועדה יכולה להגדיל את דרגת הנכות לצמיתות עד למחצית דרגת הנכות שנקבעה.
ההחלטה על הגדלת דרגת הנכות על פי תקנה 15 היא בסמכות הוועדה הרפואית. במקרים מסוימים הוועדה מתייעצת בוועדת רשות המורכבת מפקיד תביעות, עובד שיקום ורופא. בדרגת נכות המזכה במענק, תוגדל דרגת הנכות מכוח תקנה 15, עד 19% בלבד. בדרגת נכות המזכה בקצבה, תוגדל דרגת הנכות עד למקסימום 100%.

