

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

6.10.21

לכבוד
עו"ד מלי קפר
מחלקת תביעות חובה
כלל חברה לביטוח בע"מ
באמצעות דוא"ל clal-hova@clal-ins.co.il

ח.ג.,

הנדון : נורית אלון, ת.ז. 22129225
תאונה מיום 14.1.20 ; מס' תביעה : 185116697/1

הריני מאשר קבלת מכתבכם מיום 3.10.21 והנני מתכבד להשיבכם כדלקמן :

1. מצ"ב המסמכים הבאים לבקשתכם :
 - א. אישור משטרה.
 - ב. תביעה לדמי פגיעה.
 - ג. אישור הכרה ותשלום תגמולים.
 - ד. תצהיר בריאות.
2. דו"ח מד"א אינו ברשותי.
3. כן, מרשתי לא פנתה לוועדה רפואית במסגרת המל"ל.
4. אודה לעיונכם ולקבלת מומחים מוסכמים לבדיקת מרשתי ולקביעת נכותה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

טופס מידע על נתוני תיק תאונות דרכים

פרטי כלליים	יחידה	י"ד ת בוחנים מחוז תא	מספר תיק פלא	2020	19878 /
תאריך	19/01/2020	כ"ב טבת תש"פ	סיווג תיק	ת.ד.	ת.ד.
מס' תיק מסוף	3	2020 - 675 - 2008	מס' מסמך בתיק	ח	
טלפון	03-6802212		פקס	03-6803807	
כתובת	א.פ. 2, תל אביב		מייל	bohanim.telaviv@police.gov.il	
נושא המסמך					

לכל המעוררים	1. תאריך התאונה	14/01/2020	בשעה 09.00
2. מקום התאונה:	חולון צומת רחוב יהושע רבינוביץ עם רחוב שדרות בן גוריון בכביש עירי		
הערות מקום:			
3. פרטי כלי הרכב זמורים:			

מספר רכב	14537201	סוג רכב	פרטי נוסעים	תוצר רכב	קיה קוראדה
חברת ביטוח	כלל	מספר פוליסה	96552542300	סוג לוחית	ישראלית
שיוך המעורב	נהג	שם	מעורבים ברכב	שנת לידה	14/05/1991
כתובת	חולון רבינוביץ יח 42	ת.ז	305636526	סיון כהן	חומרת הפגיעה
4. פרטי הולכי רגל					

שיוך המעורב	הולך רגל	שם	אלון מרית	שנת לידה	15/01/2020
כתובת	חולון רבינוביץ יח 42	ת.ז	22129226	קופ"ח / ביר חולים	חומרת הפגיעה
5. כמות נפגעים:	מצב התיק: בחקירה				

פרטי המטפל בתיק	מ"א	שם משפחה	שם פרטי
974063	טרטקובסקי	אימון	

פרטי השוטרים	מ"א	דרגה	שם משפחה	שם פרטי
974063	ר"ב	טרטקובסקי	אימון	

נא ציין את מספר תעודת זהות 22129225 ותאריך הפגיעה 14.1.20 עמוד 1 מתוך 10

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

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☐ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט	☒ שכיר ☐ עצמאי ☐ מתנדב ☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי
---	---

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)	
אלון		לילך		22129225	
מספר אישי בצ"ל		תאריך לידה		תאריך עלייה	
		9121965			
שנה		חודש		יום	
מצב משפחתי: ☐ רווקה ☐ אלמנה ☐ פחדה ☐ נשואה ☒ גרושה ☐ ידועה בציבור					
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
קנק	6		22	שוק	7081
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			
	0526590552	alohmy@gmail.com			
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך - נא השלם את הפרטים הבאים:					
שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר			
		ס"ב			
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט - SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

2 נא ציין את מספר תעודת זהות 2212925 ותאריך הפגיעה 14.1.2020 עמוד 2 מתוך 10

2

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון אנא מלא סעיף 2א

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/ מפעל		תפקיד התובע במקום העבודה	
מס' 2000		שיווק	
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד
8	8	יבנה	
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 אמורה לבצע)			
שם העסק		סוג העיסוק	
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד

2א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי	
צה"ל ☐			
שב"ס ☐		טלפון נייד	
משטרה ☐			
אחר ☐		מס' פקס	
רחוב / תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד
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.			

נא ציין את מספר תעודת זהות 22129225 ותאריך הפגיעה 14.1.2020 עמוד 3 מתוך 10

3

פרטי הפגיעה			
תאריך הפגיעה	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה
14/01/2020 שנה חודש יום	5	9:00	14.1.2020
היכן אירעה הפגיעה? ☒ במהלך העבודה ☐ במפעל/בעסק ☐ מחוץ למפעל ☐ תאונה בבניין בתאונות בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר: <u>בג'ישת ארבעה כ"ט/15</u>			
תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט: <u>נפילת חצייה על ראש</u>			
האם נכחו עדים בתאונה? ☐ לא ☒ כן, פרט:			
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר <u>0522311888</u>
שם	כתובת	מספר טלפון	☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר
האם מדובר בתאונת דרכים? ☐ לא ☐ כן, אם כן, נא למלא חלק 6 בעמוד 4			
מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה			
תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון
14/01/2020 שנה חודש יום	פיני כהני	מנכ"ל	0537-757801

4

פרטי הטיפול הרפואי ויש לצרף אישור על הפניות הראשונה לקבלת טיפול רפואי			
האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שיח"ר רפואי)	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה
יד ימנית	עצבים	מיון וולנסון	14/01/2020 שנה חודש יום
קופת חולים שבה אתה חבר	מקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה	שעה
☒ כללית ☐ לאומית ☐ מכבי ☐ מאוחדת ☐ אחר	☐ לא ☒ כן האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום?	פרט:	
פרטי הרופאים המטפלים	שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה
ד"ר אילן שטיינר אורטופדי ד"ר ויליאם קוואטניו כ"א ד"ר מלין ירון אורטופדי ד"ר אוריאל אורטופדי	שבה טופלתי/או אני מטופל שם המרפאה	טלפון המרפאה 03-5008400 03-7471200 03-7471200	שם המרפאה בית חולים וולנסון בית חולים וולנסון בית חולים וולנסון

22/29225 ותאריך הפגעה 14/1/2020

נא ציין את מספר תעודת זהות

5 סיוע בהגשת התביעה

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

הגוף המסייע: ☒ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוננת ☐ בית חולים

שם הגוף המייצג או המסייע: אור כחלון

6 פרטים על תאונת דרכים

1 האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? ☐ לא ☒ כן, (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)

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

3 סוג הרכב המעורב בתאונה: ☐ פרטי ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע ☐ מונית ☐ אחר, פרט ☐ *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב.

4 הרכב בבעלות: ☐ פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ ליסינג (יש לצרף עותק ההסכם) ☐ רכב ציבורי ☐ אחר

במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה ומספר הקו

5 פרטי הנהג

שם ומשפחה	מספר זהות / דרכון
	ס"ב
	ס"ב
	ס"ב

6 האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? ☒ לא ☐ כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח

7 האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג'?

תביעה נגד שם העו"ד המטפל

כתובתו פיקס דואר אלקטרוני

טלפון מס' תיק אזרחי

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

22/29225 ותאריך הפגיעה 14/1/2020

נא ציין את מספר תעודת זהות

7

פירוט תאונה בדיקין

סוג התאונה בדיקין

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

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר תאונה זרימה

☐ תאונה בבניין שם האתר כניס 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

כתובת _____ 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 הפגיעה

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/מוסף * נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

לאחר הפגיעה

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך _____
שנה _____ חודש _____ יום _____

מתאריך _____
שנה _____ חודש _____ יום _____

עד שעה _____
שעה _____

משעה _____
שעה _____

עד תאריך _____
שנה _____ חודש _____ יום _____

מתאריך _____
שנה _____ חודש _____ יום _____

☐ שהיתי
בעסק/
בעבודתי

עד שעה _____
שעה _____

משעה _____
שעה _____

עד תאריך _____
שנה _____ חודש _____ יום _____

מתאריך _____
שנה _____ חודש _____ יום _____

☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☒ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

☐ משעה _____ עד שעה: _____

☐ עבודה במשמרות

14/1/2020

ותאריך הפגיעה

22129225

נא ציין את מספר תעודת זהות

9

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה ופיקוד שליטה או אדם בעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הנחת 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

פירוט חשבוני הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
בנק לאומי	שני הניצח	685	155619

לחבר קיבוצ 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 /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 *

11

פטור ממס הכנסה - יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה על ידי הפגיעה

☐ עיזור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

14/1/2020

ותאריך הפגיעה

22129225

נא ציין את מספר תעודת זהות

הצהרת התובע/תובעת

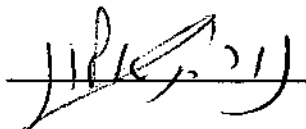
12

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 בזדעין 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.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכן פרטי ההתקשרות, המידע ישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

חתימת התובע * 

תאריך 16/2/2020

פרטי מגיש התביעה שאינם הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	
		@	
אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: ייפוי כח, צו אפוסטרפוסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.			
אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:			
שם העד לחתימה	מספר זהות ס"ב		

נא ציין את מספר תעודת זהות 2212922 ותאריך הפגיעה 1/10/88
למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

1314

בא ציין את מספר תעודת זהות 22129221 ותאריך הפגיעה 14/1/2020 עמוד 9 מתוך 10

15

2nd 10.5

2000

□ X7 □

(שם הקרן)

16

10

שם החותם דניאל תדמיה וחותמת

מספר תעודת זהות: 207631

17

מעסיק מורשה לפי חקונה 22:

כחוק.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

2425

X תתימת המעסיק וחובת

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

עמוד 10 מתוך 10

14/1/2020

זמאריך הפגיעה

22/2/2020

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		
קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60	22129220	14.01.2020
שם משפחה	שם פרטי	שנה חודש יום
אלון	נחיה	14 01 2020
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

הצהרה
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 ידי או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.
תאריך 16/2/2020 התימת המבוטח * נחיה אלון

תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), התשמ"ו – 1986

תצהיר

טופס 2

(תקנה 2)

אני הח"מ נריאל אלון בעל ת.ז. 022129225 התובע בתיק _____
בבית (ה) משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי
אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. להלן רשימת מתלות שהיו לי ושחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ המחלה: _____ המוסד הרפואי: _____

2. להלן פרטים על תאונות שהיו לי (פרט לתאונה נשוא התביעה):

תאריך: 2009 הפגיעה: כתף ימין המוסד הרפואי: סל מחנה
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____
תאריך: _____ הפגיעה: _____ המוסד הרפואי: _____

נריאל אלון
חתימה

אישור

אני הח"מ עו"ד נריאל אלון מרחוב אבא הלל 7, רמת גן, מאשר בזה כי ביום 2.3.20
הופיע/ה בפני נריאל אלון (המוכר/ת לי באופן אישי) שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' 022129225
ולאחר שהוזהרתי/יה כי עליו/יה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/
תעשה כן יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

חתימת עורך הדין



תיק: 022129225-60-02

דף 1 מתוך 1

לכבוד
נורית אלון
ברק 6 דירה 22
לוד 7128106

661-007-002



תיק: 022129225-60-02

י"א בניסן, תש"פ
05 באפריל 2020

מספר תיק: 02212922-5

תאריך פגיעה: 14/01/2020

גברת נכבדה,

תביעתך לגמלת דמי פגיעה, תאונה מתאריך 14/01/2020

הריני להודיעך כי תביעתך שבנדון אושרה ביום 05/03/2020 בגין **כאבים בכף רגל שמאל, ברך שמאל וראש**.

יחד עם זאת, בהתאם לחוות דעת רופא המוסד, עליי לדחות את האבחנה בגין **כאבי גב תחתון**, שאינה קשורה לפגיעה שבנדון.

לתשומת ליבך, הרשות בידך להגיש תובענה על החלטה זו.

את התובענה יש להגיש ב 4 העתקים לבית הדין האזורי לעבודה ב רח' הרב יצחק ניסנבום (בת 7 ים 59620, בתוך שנים עשר חודשים מיום קבלת מכתב זה.

לידיעתך, כל התכתבות או פניה חוזרת לביטוח הלאומי, וכן פניה לסיוע המשפטי אין בהן כדי להאריך את המועד להגשת ערעור.

לידיעתך, באפשרותך להגיש תביעה לקצבת נכות מעבודה, ככל שנגרמה נכות שכזו, בתוך 12 חודשים ממועד ההכרה בפגיעתך כתאונת עבודה (דהיינו מיום: 05/03/2020), ובאם לא תעשי כן במועד הנ"ל, הנך עלולה לקבל פיצוי מופחת מכוח הוראות סעיף 296 ו/או סעיף 107 לחוק הביטוח הלאומי.

לנוחיותך, ניתן לשלוח את המסמכים באמצעות אתר הביטוח הלאומי.

בכבוד רב,
מרטינו-אנגל גלית
פקיד תביעות
נפגעי עבודה



תיק: 022129225-60-02
מנה: 0403

דף 1 מתוך 1

תיק: 022129225-60-02
י"א בניסן, תש"פ
05 באפריל 2020

661-007-002

לכבוד
נורית אלון
ברק 6 דירה 22
לוד 7128106



גברת נכבדה,

הנדון: גמלה דמי פגיעה - פגיעה בעבודה מיום: 14/01/2020

אישרנו המשך תשלום דמי פגיעה עבור 21 ימים לתקופה/ות האלה:

מ - 15/03/2020 עד 04/04/2020

ש"ח	4,578.00	סכום הגמלה
ש"ח	-28.00	ניכוי דמי ביטוח
ש"ח	-145.00	ניכוי ביטוח בריאות

ש"ח	4,405.00	יתרה לתשלום

התשלום יועבר ב- 09/04/2020 לחשבונך מס 155619
בבנק הפועלים בעמ - שד הציונות 1, לוד.

על פי חוק התכנית להבראת כלכלת ישראל, דמי פגיעה המשולמים בעבור פגיעה בעבודה שאירעה
ב- 01/08/2003 ואילך, חייבים בניכוי דמי ביטוח.

אם לאחר הפגיעה שולמו לך הפרשי שכר ו/או תשלומים נוספים המתייחסים להכנסתך בתקופה רבע
השנה, יש לשלוח אישורים המעידים על תשלום ההפרש לסניף המטפל כדי לערוך חישוב מחדש,
בתוך 12 חודשים ממועד תשלום ההפרשים.

את רשאית להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה **בתוך 12 חודשים ממועד הפגיעה**.
ועדה רפואית בפניה תופיעי, תקבע אם נותרה לך נכות כלשהי כתוצאה מהפגיעה.

בכבוד רב,
פקיד תביעות
נפגעי עבודה