

נא ציין את מספר תעודת זהות 0 2 2 1 6 5 5 4 2 ותאריך הפגיעה 10/12/2020 עמוד 1 מתוך 10

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)		חותמת קבלה	 המוסר לביטוח לאומי מינהל הגמלאות פגיעה בעבודה
מס' זהות / דרכון סוג דפים			

תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

☒ תאונה בעבודה ☐ מחלת מקצוע, פרט		☒ שכיר ☐ עצמאי ☐ מתנדב	
☐ הכשרה מקצועית ☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי			
פרטי התובע שם משפחה שם פרטי תאריך לידה שושנה מספר אישי בצ"ל		1 0 2 2 1 6 5 5 4 2 תאריך עלייה שנה חודש יום מצב משפחתי: ☐ רווקה ☐ אלמנה ☒ פרודה ☐ נשואה ☐ גרושה ☐ ידועה בציבור	
רחוב / תא דואר הידרן 8 טלפון קווי טלפון נייד		מיקוד 0000000 יישוב קרית מלאכי דואר אלקטרוני:	
אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט - SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל			
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הישומה למעלה)			
רחוב / תא דואר מס' בית כניסה דירה יישוב מיקוד		רחוב / תא דואר מס' בית כניסה דירה יישוב מיקוד	

פרטי מקום העבודה - אם אתר העבודה הוא חקלאי, סעיף 2א2 שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית		2 שם מעסיק/ מפעל המייסדים - העמותה למען הדקן רחוב / תא דואר מספר בית אחוות	
תפקיד התובע במקום העבודה מיקוד 79800 יישוב ד.ג. שקמים		האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה: ☐ לא ☐ כן, פרט: האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעסיק: ☐ לא ☐ כן, פרט:	
טלפון קווי 0 8 6 8 3 7 7 0 5 טלפון נייד מזה"פ שם העסק סוג העיסוק		עומדי (אם הפגיעה איננה מתוך לעג) - יש לצרף תצהיר על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע טלפון קווי טלפון נייד מיקוד יישוב מספר בית רחוב / תא דואר	

בל 211 (02.2019)

2א'

פרט מקום העבודה – מידע כללי

מקום השירות ☐ צה"ל ☐ משטר ☐ שבי"ס ☐ משא"ז ☐ אחר ☐

מספר הכנסת ☐ מ"קוד ☐ יישוב ☐ מספר בית ☐ רחוב / תא דואר ☐ אחוזה ☐

טלפון קו"י 0 8 6 8 3 7 7 0 5
טלפון נייד
מס' פקס 79800

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

פרט הפגיעה

תאריך הפגיעה 1 0 1 2 2 0 2 0 שנה חודש יום

שעת הפסקת עבודה 10/12/20
שעת הפגיעה 07:40
היום בשבוע 7

היכן אירעה הפגיעה?
במהלך העבודה: ☒ במפעל/בעסק ☐ מחוץ למפעל ☐ תאונה בבניין ☐

בדרכך לעבודה ☒ בדרכך לביתך ☐

(הכתובת שבה אירעה הפגיעה) _____
(הכתובת שבה אירעה הפגיעה) _____

בתאונות בדרכך: 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 ☐

שם כתובת מספר טלפון
☐ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר ☐

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

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה
תאריך מסירת ההודעה 10/12/20 שנה חודש יום

שם מקבל ההודעה _____ תפקיד _____

4

פרטי הטיפול הרפואי והלוגיסטי (האישון לקבלת טיפול רפואי)		האיבר שנפגע	
מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)		
שם בית החולים / מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	
		שנה חודש יום	
האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? ☒ לא ☐ כן		קופת חולים שבה אתה חבר	
פרט		☒ כללית ☐ לאומית	
		☐ מכבי ☐ מאוחדת	
		☐ אחר	
פרטי הרופאים המטפלים			
שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
		שם טופלתי או אני מטופל	

5

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן
הגוף המסייע: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוננת ☐ בית חולים
שם הגוף המייצג או המסייע:

6

מספר התיק במשטרה _____		טיפול בתאונה תחנת משטרה ב- _____		פרטים על תאונת דרכים האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? ☐ לא ☒ כן (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)	
מספר רישוי _____		האם נפגעת בהיתוך: ☐ חולך רגל ☐ נוסע ברכב ☒ נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)		1	
מספר רישוי _____		סוג הרכב המעורב בתאונה: ☐ פרטי ☐ מלגזה ☐ טרקטור ☐ אופנוע ☐ מונית ☐ אחר, פרט *לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב		2	
מספר רישוי _____		הרכב בבעלות: ☐ פרטית ☐ מקום העבודה ☐ חברת השכרה/ לייסינג (יש לצרף עותק ההסכם) ☐ רכב ציבורי ☐ אחר		3	
מספר רישוי _____		במידה ונפגעת מרכב ציבורי, נא לציין את שם החברה _____		4	
מספר רישוי _____		שם ומשפחה _____		פרטי הנהג 5	
מספר רישוי _____		שם ומשפחה _____		נוסעים נוספים ברכב: 6	
מספר רישוי _____		שם ומשפחה _____		7	
מס' פוליסה _____		שם חברת הביטוח _____		האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? ☐ לא ☒ כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח	
מס' תיק אזרחי _____		האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג'? תביעה נגד _____ שם העו"ד המטפל _____ כתובת _____ טלפון _____ פקס _____ דואר אלקטרוני _____		8	
מס' תיק אזרחי _____		התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי ☐ בעיר _____ _____		9	

7 פרטים על התאונה בנזיקין

☐ סוג התאונה בנזיקין ☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרגה פגומה ☐ התחשמלות

☐ תקיפה ☐ פגיעה מבעל חיים ☐ אחר _____

☐ תאונה בבניין שם האתר _____ 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 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

☒ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

עד תאריך	מתאריך
שנה _____ חודש _____ יום _____	שנה _____ חודש _____ יום _____
עד שעה _____	עד שעה _____
משעה _____	משעה _____

שחיתי ☐ בעסק / בעבודתי ☐

חזרתי לעבודה מלאה בתאריך 01/01/2021 ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה ☐

שעות עבודתי במשלה ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו: _____

משעה _____ עד שעה: _____

עבודה במשמרות ☐

9

הצהרה למילוי על ידי בעל החשבון ומשפחה להשלמת אוטומטית חתימת החשבונית

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 חשבונית הבנק של החשבון

כל תשלום שיתקבל לידי המוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבוני שפרטש השומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
בנק לאומי לישראל בע	קרית מלאכי	985	4004032

אנא

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

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכמים 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 לא 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 מתשלום מס הכנסה על שירות או שירות זכאות לפטור מס הכנסה על שירות

☐ עיזול נכה 100% ☐ פטור חלקי *

שם פרטי		שם משפחה		מספר זהות		קרבה לתובע	
שושנה	אנאקי	ס"ב	ס"ב	ס"ב	ס"ב	ס"ב	ס"ב
0	2	2	1	6	5	5	4
טלפון קווי		טלפון נייד		מספר זהות		קרבה לתובע	
0 8 6 8 3 7 7 0 5				ס"ב		ס"ב	
מאשר קבלת הודעות SMS		מאשר קבלת הודעות SMS		מספר זהות		קרבה לתובע	
☐ לא ☐ כן		☐ לא ☐ כן		ס"ב		ס"ב	
אם ברשותך אחד מהמסמכים הבאים או יותר: ייפוי כח, צו אפוסטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.		אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:		מספר זהות		קרבה לתובע	
				ס"ב		ס"ב	
שם העד לחתימה		שם העד לחתימה		מספר זהות		קרבה לתובע	
				ס"ב		ס"ב	

13 פרטים על פגיעה מחוץ למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: קריה אגרי שעת הפגיעה: 8:00

המקום שבו היה על התובע לעבוד או שבו עבד התובע ביום הפגיעה: חולס אלורה

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? ☐ לא ☒ כן בדרך כלל מועסק ב: חולס אלורה

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	תפקיד
<u>מנהל</u>	<u>מטרה כללית</u>	<u>ת.ז.</u>	<u>ת.ז.</u>
שעת היציאה	שעת החזרה הצפויה		

☐ תאונה בבניין שם האתר שם הקבלן הראשי שם הקבלן המבצע

☒ פגיעה בדרך לעבודה: באיזו שעה היה עליו להתחיל בעבודה? 8 איזו משמרת? שלישית הכתובת שבה היה אמור לעבוד? 46 אגרי

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא

הסיבה ליציאה המוקדמת: הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו

14 פרטים שנה ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל / המעסיק המייסדים - העמותה למען הדקו

מספר תדק ניכיים במסד לביטוח לאומי 9 5 1 0 6 5 6 3 0 0 0

תאריך תחילת עבודה: 10/05/2020 מעמד העובד: ☒ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי

מספר ימי העבודה 5 היקף המשרה ב-% בשכר

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

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

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים שבעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים ששולמו בשכר ברוטו	שם התשלום
		יומי	חודשי			
חודש 12/2020	5	☒	☐	1,393.60		
חודש 11/2020	19	☒	☐	5,334.40		
חודש 10/2020	13	☒	☐	3,598.00		
חודש 09/2020	14	☒	☐	3,965.20		

☐ העובד שב לעבודה בתאריך 1.1.21 ☐ 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 הדין או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר חתימת המעסיק

חתימת המעסיק תאריך 1.1.21 שם ותפקיד החותם חתימה וחתימת

15

פרטים על תשלום דמי מחלה על ידי המעסיק/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: _____

☐ לא, ☐ העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

☐ לא נצברו ימי מחלה

☐ אחר _____

☐ העובד זכאי לתשלום דמי מחלה על ידי הקרן לדמי מחלה

(שם הקרן)

16

הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי 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 12/01/2021 תפקיד החותם מלך שם החותם לוי אהרן חתימה וחותמת *

העמותה למען הקשיש, תל אביב
במחלקת האגודה
עמותת הקשיש
590011408
"החיים סדרים"
העמותה למען הקשיש, תל אביב
במחלקת האגודה
עמותת הקשיש
590011408
"החיים סדרים"

17

פרטים משלימים למעסיק/מאורש/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מאורשה 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)

קיצוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח

חתימת המעסיק וחותמת *

(נדרש רק במקרה של פרטים משלימים)

העמותה למען הקשיש, תל אביב
במחלקת האגודה
עמותת הקשיש
590011408
"החיים סדרים"
העמותה למען הקשיש, תל אביב
במחלקת האגודה
עמותת הקשיש
590011408
"החיים סדרים"

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1

תאריך הפגיעה		מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
10/12/2020		022165542	60
שם פרטי		שם משפחה	
שושנה		אנאקי	
חבר בקופת חולים			
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר			

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 12/01/2021 חתימת המבוטח X