

ש"ס ו'תש"ס
ה'תש"ס - ח'תש"ס

293

$$h e / e 0$$

၂၀၁၇ ခုနှစ်

SYNEL LTD. נגן וכיצוע במערך השכר של
אביב, טלפון 03-7555100. חיפה, טלפון 04-8475400

תאריך הדפסה 06/08/20



סניף: תל אביב
טלפון: 6050 04-8812345*

י"ט בטבת, תשפ"ב
23 בדצמבר 2021
מספר תיק:
30/122246-00-11

לכבוד
מזרחי אביהו יעקב
בושם 17
תל אביב - יפו 6753031

אישור על דרגת נכות צמיתה (קבועה)

אנו מאשרים כי עקב פגיעה בעבודה מיום 15/06/2020 נקבעה
למר מזרחי אביהו יעקב, מספר זהות: 30122246/9, דרגת נכות יציבה בשעור 5.00%
החל מ- 16/02/2021.

בכבוד רב,
המוסד לביטוח לאומי



אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.

בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד ו/או בתיקו של המבוטח, הרישומים
שבידי המוסד קובעים.

יש לעדכן את הביטוח הלאומי על שינויים היכולים להשפיע על הזכאות לקצבה כגון: שינוי במצב המשפחתי או הכנסות.

אישור זה הונפק באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.



סניף: תל-אביב
טלפון: 6050 04-8812345*

י"ט בטבת, תשפ"ב
23 בדצמבר 2021
מספר תיק: 30122246-9

לכבוד
מר מזרחי אביהו יע
בושם
תל אביב - יפו 6753031

אישור זכאות - דמי אבטלה

הרינו מאשרים בזאת כי היית זכאי/ת לדמי אבטלה בשנת האבטלה שהתחילה בתאריך 01/10/20 עד תאריך 30/09/21.

דמי אבטלה ברוטו	ימי תשלום	חודש
3,635	27	03/21
3,231	24	02/21
2,827	21	01/21
0	0	12/20
0	0	11/20
0	0	10/20

72

סה"כ ימי תשלום:

בכבוד רב,
המוסד לביטוח לאומי



אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.

בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד ו/או בתיקו של המבוטח, הרישומים שבידי המוסד קובעים. יש לעדכן את הביטוח הלאומי על שינויים היכולים להשפיע על הזכאות לקצבה כגון: שינוי במצב המשפחתי או הכנסות. אישור זה הונפק באמצעות אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי.



המוסד לביטוח לאומי

סניף: תל-אביב
טלפון: 04-8812345 *6050

י"ט בטבת, תשפ"ב
23 בדצמבר 2021

מספר תיק: 301222469

לכבוד
מזרחי אביהו יע
בושם 17
תל אביב - יפו 6753031

הנדון: אישור תשלומי קצבה באבטלה בשנת 2021

הריני לאשר כי למזרחי אביהו יע, מספר זהות 301222469, שילמו תשלומי קצבה באבטלה בשנת 2021.
להלן פירוט התשלומים:

נכון לתשלום	סה"כ ניכויים	פירוט ניכויים/חובות						תשלום ברוטו	תקופה	סוג	תאריך תשלום
		הפרשיים	חובות	מס	הכנסה	ביטוח לאומי	ביטוח לאומי				
3,498	137					24	113	3,635	12/2020	אבטלה	12/01/2021
2,739	88						88	2,827	01/2021	אבטלה	12/02/2021
3,107	124					24	100	3,231	02/2021	אבטלה	12/03/2021
3,498	137					24	113	3,635	03/2021	אבטלה	12/04/2021
								358	11/2020- 12/2020	אבטלה	
12,842	486					72	414	13,686			סה"כ



בכבוד רב,
המוסד לביטוח לאומי

אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.
בכל מקרה של סתירה בין הרשום באישור זה לבין הרישומים במוסד המידע של המוסד ואו בחיגן של המבוטח, הרישומים
שבניד המוסד קובעים.
יש לעדכן את הביטוח הלאומי על שינויים היכולים להשפיע על הזכאות לקצבה כגון: שינוי במצב המשפחתי או הכנסות.

תלוש משכורת 5/20

92420356500 תיק נ. ב"ל
924203565 תיק ניכויים
511998023 תיק במ"ה

מצדר בע"מ

המוביל 3 כפר סבא 44241
טל': 09-7661621 פקס: 09-7650656

25/05/2020 תחילת עבודה:	בנק/סניף:	מס' עובד: 1338	
25/05/2020 תאריך ותק:	חשבון:	ת"ז: 30122246-9	
0.02 שנות ותק:		מחלקה: 2-גבעתיים	
182.00 מתוך:	29.12 ש' עבודה:		מזרחי אביהו יעקב
25.00 מתוך:	4.00 ימי עבודה:		בושם
			תל אביב- יפו
		דרגה:	17
		דרג:	67530
תע' שעה: 34.13 היקף משרה: % משרה: לפי ימים			

סכום		ניכויים		סכום לתשלום	גילום	שווי למס	תעריף	כמות	תיאור תשלום
4.00	מס הכנסה שולי 10%	993.94	33.94	240.00		שכר יסוד			
34.00	ביטוח לאומי	49.74	1.74	12.00	4.00	שעות נוספות			
	מס בריאות	66.32	2.32	16.00	4.00	בנוס			
סכום		ניכויי רשות							

סה"כ תשלומים 1,110.00
ניכויי חובה וגמל 38.00
שכר נטו 1,072.00
סייג ניכויי רשות
נטו לתשלום 1,072.00

הפקדות מעסיק לפיצויים

מצטבר	חודשי	
0.00	0.00	משכורת מבטחת
0.00	0.00	שווי פיצויים
0.00	0.00	פיצויים ללא שווי
0.00	0.00	הפקדה לקרן ותיקה

הפקדות מעסיק לקופות גמל

שם הקופה	שכר לגמל	תגמולים	פיצויים	א.כ.ושר	שונות

העדרויות

תאור	קודמת	תוספת	ניצול	יתרה
חופשה	0.18	0.18		0.18
מחלה	0.24	0.24		0.24
מילואים				
הבראה	0.07	0.07		0.07

ניכויים מצטבר

4.00	מס הכנסה
34.00	ביטוח לאומי
	בריאות
	גמל 25%
	גמל 35%
	ב. מנהלים
	ק. השתלמות
	סעיף 47
	יתרת הלוואה
רוק/ה	מצב משפחתי
2.25	נ"ז
	% מס קבוע
	% הנחת י"פ
	תיאום מס

מצטבר חודשי

1,110.00	1,110.00	תשלומים
		שווי למס
		שווי גמל
		שווי ק"ה
1,110.00	1,110.00	חייב מ"ה
		פטור מ"ה
1,110.00	1,110.00	חייב ב"ל
492.75	492.75	ערך נ"ז
		זיכוי נוסף
		זיכוי גמל
		זיכוי י"פ
		הנחת י"פ
		זיכוי משמרות
		פטור מיוחד

מספר	חודשי	חודשי עבודה
חיישוב	העבודה	מחודש
0	1	5

צורת תשלום: בהמחאה/מזומן

הודעות:

עבודה: 25, 27, 28, 30

חתימה

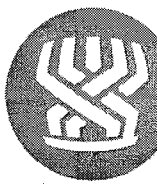
שכר מינימום לחודש: 5,300.00 שכר מינימום לשעה: 29.12

הופק ע"י: ש.כ.נ. 1997 הובלות ומסחר בע"מ באמצעות "משכרת טריו" של עוקץ מערכות בע"מ

תאריך הדפסה 06/08/20

חברת: יבאי מרדכי בע"מ 112		מס' עובד: 2104		עובד: מזרחי אבירו יעקב	
ח.פ. 513397992		תיק ניכויים: 926420290		כתובת: בושם 17	
כתובת: יצחק מודעי 2		תיק ב. לאומי: 926420290		תל אביב	
רחובות		אגף:		תת מפעל: 001	
אתר:		תפקיד: 16		מחלקה: ת א טיאוט 9	

מרכיבי שכר				תעריפים		נהוגים אישיים											
				176.00	תקן שעות	מקום	שעות	סוג	עבוד	מס	כל	כאן	ליום	מב	משת	301222469	תעודת זהות
				25.00	תקן ימים					ארגון	0	1				10-803	סניף / בנק
				29.12	תעריף שעה				45	ת						5779732	חשבון
				204.13	תעריף יום											08/11/87	תאריך לידה
																01/02/20	תחילת עבודה
																	מסמך
																	דיוקן
																	דרכה
												</					



טל: 04-8812345 או *6050

פקס: 03-6250253

שעות מענה: א-ה 08:00-17:00

קבלת קהל: א,ג,ה 08:00-12:30

שירות חדש: זימון תור *8321

סניף: תל אביב

יצחק שדה 17

תל אביב - יפו 6777517

תיק: 301222469

דף 1 מתוך 1

לכבוד

אביהו יעקב מזרחי

בושם 17

תל אביב - יפו 6753031

611-129-016

תיק: 301222469

ז' בסיון, תשפ"א

18 במאי 2021



אדון נכבד,

הנדון: הודעה על החלטת ועדה רפואית לעררים

תביעתך לגימלת נכות- פגיעה בעבודה מ- 15/06/20

לידיעתך, ביום 14/05/21 קבעה ועדה רפואית לעררים את דרגת הנכות כדלקמן:

<u>נכות זמנית</u>	<u>מתאריך</u>	<u>עד תאריך</u>
30.00 %	25/07/20	30/09/20
20.00 %	01/10/20	31/12/20
10.00 %	01/01/21	15/02/21

דרגת נכות יציבה בשיעור 5.00 % החל מ-16/02/21.

הודעה בקשר לזכאותך לגימלה, תישלח אליך בנפרד ממחלקת נפגעי עבודה.

החלטת הועדה הרפואית לעררים היא סופית, אך ניתן לערער עליה, בשאלת חוק בלבד לבית הדין האזורי לעבודה שמענו: רח' הרב יצחק ניסנבום (בת ים) 7 בת ים 59620.

את הערעור יש להגיש בתוך 60 יום מקבלת הודעה זו. יש לצרף העתק מההודעה לכתב הערעור.

לתשומת ליבך: אם בעתיד תחול החמרה במצבך כתוצאה מהפגיעה בעבודה תהיה רשאי לבקש קביעת מחדש של דרגת נכותך.

לידיעתך, אם אינך מסוגל לעבוד בכל עבודה שהיא ואין לך הכנסה מעבודה או מעסק הינך רשאי להגיש תביעה להכיר בך כ"נכה נזקק".

הכרה כ"נכה נזקק", עשויה לזכותך בהגדלת קצבת הנכות ל-100%, לתקופה שלא תעלה על 4 חודשים.

מצורף בזה העתק מפרוטוקול הועדה.

בכבוד רב,

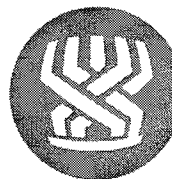
סידני אוחיון

מזכיר ועדות רפואיות

העתק:

עו"ד אריאל פרייברג ✓

אבא הלל 7 רמת גן



תיק: 301222469

דף 1 מתוך 1

לכבוד

אביהו יעקב מזרחי

בושם 17

תל אביב - יפו 6753031

611-129-016

תיק: 301222469

ז' בסיון, תשפ"א

18 במאי 2021



אדון נכבד,

הנדון: הודעה על החלטת ועדה רפואית לעררים

תביעתך לגימלת נכות- פגיעה בעבודה מ- 15/06/20

לידיעתך, ביום 14/05/21 קבעה ועדה רפואית לעררים את דרגת הנכות כדלקמן:

נכות זמנית	מתאריך	עד תאריך
30.00 %	25/07/20	30/09/20
20.00 %	01/10/20	31/12/20
10.00 %	01/01/21	15/02/21

דרגת נכות יציבה בשיעור 5.00 % החל מ-16/02/21.

הודעה בקשר לזכאותך לגימלה, תישלח אליך בנפרד ממחלקת נפגעי עבודה.

החלטת הוועדה הרפואית לעררים היא סופית, אך ניתן לערער עליה, בשאלת חוק בלבד לבית הדין האזורי לעבודה שמענו: רח' הרב יצחק ניסנבוים (בת ים) 7 בת ים 59620.

את הערעור יש להגיש בתוך 60 יום מקבלת הודעה זו. יש לצרף העתק מההודעה לכתב הערעור.

לתשומת ליבך: אם בעתיד תחול החמרה במצבך כתוצאה מהפגיעה בעבודה תהיה רשאי לבקש קביעת מחדש של דרגת נכותך.

לידיעתך, אם אינך מסוגל לעבוד בכל עבודה שהיא ואין לך הכנסה מעבודה או מעסק הינך רשאי להגיש תביעה להכיר בך כ"נכה נזקק".

הכרה כ"נכה נזקק", עשויה לזכותך בהגדלת קצבת הנכות ל-100%, לתקופה שלא תעלה על 4 חודשים.

מצורף בזה העתק מפרוטוקול הוועדה.

בכבוד רב,

סידני אוחיון

מזכיר ועדות רפואיות

העתק:

עו"ד אריאל פרייברג

אבא הלל 7 רמת גן

301222469 מספר זהות / דרכון	פיצול	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
6 9 סוג מסמך	מספר דפים	

1	סודר בקשה
2	סודר דיון
876959	מס' ועדה
נושא דיון:	
דיון ראשון	

המוסד לביטוח לאומי
נפגעי עבודה



דו"ח ועדה רפואית
לעוררים 221

סניף מגורים	סניף הוועדה	מס' ועדה	תאריך הוועדה
תל אביב	תל אביב	876959	14/05/2021

פרטי התובע					
שם משפחה	שם פרטי	מין	מצב משפחתי	תאריך לידה	מספר זהות
מזרחי	אביהו יע	זכר		08/11/1987	301222469
כתובת					
רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	תא דואר	ישוב
בוסם	17			000000	תל אביב - יפו
טלפון קווי			טלפון נייד		
0 -			050-5557764		
דואר אלקטרוני			דואר אלקטרוני		

פרטי הפגיעה					
תאריך הפגיעה 15/06/2020		מקצוע		מהות הפגיעה חבלה באצבע 2 כף יד שמאל	
תיאור הפגיעה: תוך כדי פינוי אשפה נתפסה כף ידו במסרק חד					
סוג האישור: רושיא					
החלטת הוועדה נשוא הערעור					
תאריך		נכות צמיתה		נכות זמנית	
		%	מיום	%	מיום
18/02/2021		5.00	16/02/2021	30.00	25/07/2020
				20.00	01/10/2020
				10.00	01/01/2021
פירוט תעודות אי כושר שאושרו:					
מיום		עד יום		פירוט תעודות אי כושר שנדחו:	
16/06/2020		24/07/2020		מיום	
				עד יום	
תיקים שצורפו לדיון:					
תיק נכות מעבודה					
תיק דמי פגיעה					
נכות כללית					
ניידות					
איבה					
מס הכנסה					
נא פרט על פגישות, מומים או ליקויים שהיו לפני הפגיעה (מצב קודם)					
1.					
2.					

2.

1.

שם התובע	מספר זהות	תאריך פגיעה	תאריך חוות דעת
אביהו יע מזרחי	301222469	15/06/2020	14/05/2021

4. מסמכים שעמדו בפני הוועדה

תאריך המסמך	סוג המסמך	תאריך המסמך	סוג המסמך
1.	18.2.21	6.	המסמך
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

חזר לעבודה בתאריך _____ לא עובד, הסיבה _____

החליף עבודה/עובד חלקי. הסיבה _____

האם קיימת ירידה בהכנסות? _____ לא _____ כן, הסיבה _____

ממשיך לקבל טיפול רפואי? _____ לא _____ כן, פרט _____ טיפול תרופתי _____ פיזיותרפיה _____ המשך מעקב _____ טיפול משלים _____ אחר _____

5. פרוטוקול

התובע נכח בדיון _____

בעת הדיון נכח גם: _____

עו"ד: שם _____

מס' רישיון _____

קרבה _____ ת"ז _____

מלווה: שם _____

פרטי התובע והזהות אומתו לפי _____ ת.ז. _____ דרכון _____ רישיון נהיגה _____ אחר _____

האם קיבל חוות דעת רפואית/טופל/קיימת הכרות עם רופא הוועדה? _____ לא _____ כן - שם הרופא _____

הדיון לא מתקיים, הסיבה: _____

התובע הוזמן ולא הופיע ולא ניתן לדון ללא נוכחותו. _____

הדיון נפסל, הסיבה: _____

המערער _____

ערעור המוסד מתאריך _____

ערעור הנפגע מתאריך _____

פסק דין מיום _____

תלונות התובע _____

נימוקי הערעור _____

דברי בא כוח הנפגע _____

אני מאשר כי הפרטים שנרשמו בסעיפים בעמוד זה הם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית. שמות הפוסקים הרפואיים: _____

ביקלס יעקב _____

אני מסכים להיבדק ע"י חברי הוועדה הרפואית _____ כן _____ לא, הסיבה _____

חתימת התובע _____

שם התובע	מספר זהות	תאריך פגיעה	תאריך חוות דעת
אביהו יע מזרחי	301222469	15/06/2020	14/05/2021

6.

התייחסות לממצאי בדיקות וצילומים:

7.

ממצאים בבדיקת הוועדה:

(כאן זה שאלה הבנו היטב)
 הבדיקות לא אולצו או צולמו לא אצלנו בלשם השם
 נסא ונא יציבה למען
 במדינת ישראל אין חוקים (אם היציבה לא יוסר לא
 הישג מושג).

8.

התייחסות לחוות דעת יועץ הוועדה					
תחום רפואי	שם הרופא	נכות יציבה		% זמנית	תחילת הנכות הזמנית
		אחר	סעיף		

9.

אבחנות

אצל אביהו מזרחי באמצעות ב' יג' שנה

שם התובע	מספר זהות	תאריך פגיעה	תאריך חוות דעת
אביהו יע מזרחי	301222469	15/06/2020	14/05/2021

10. סיכום ומסקנות: יש לפרט האם הנכות נובעת מהפגיעה ובאיזו מידה, הן בנכות זמנית והן בנכות יציבה

לא, היות שהנכות נובעת מהפגיעה, והיא בנכות זמנית, והיא בנכות יציבה.

הנכות נובעת מהפגיעה, והיא בנכות זמנית, והיא בנכות יציבה.

11. דיון בהפעלת תקנה 15 תקנה 16 (בנכות יציבה) האם לאור הנכות הנובעת מהפגיעה מסוגל התובע לחזור לעבודתו? לא כן

הוועדה מבקשת לקבל: בדיקת הכנסות מפקיד תביעות חוות דעת הרשות

האם הוועדה מחליטה להפעיל תקנה 15? לא כן שיעור ההפעלה: 1/4 ב- 1/3 ב- 1/2 ב-

האם הוועדה מחליטה להפעיל תקנה 16? לא כן

הנימוקים להחלטה: לא

12. הוועדה אינה יכולה לסיים את הדיון ונדרש חומר נוסף.

המלצות בקשר לחומר רפואי מבוקש לוועדה הבאה.

האם הוועדה ממליצה לדון מחדש בדרגת נכות בעתיד: לא, כן, בעוד שנים. נימוק:

13. האם ניתן למסור דו"ח הוועדה לידי התובע? לא כן

האם נמסרה הודעה למכון לבטיחות דרכים? לא כן

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN
Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

15.4.21

נא לא להחזיר

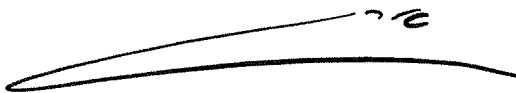
מ.ל.ב.
- בפקס -

לכבוד
ועדה רפואית לעררים
המוסד לביטוח לאומי
מחלקת נכות מעבודה
באמצעות פקס: 03-6250253
א.ג.נ.,

הנדון: ערר על החלטת ועדה רפואית
בעניין אביהו מזרחי, ת.ז. 301222469
מוגש בזאת ערר על החלטת הוועדה הרפואית מדרג I, ואלו נימוקיו:

1. המערער נפגע בידו השמאלית פגיעה לא מבוטלת, אך, חרף האמור, ולמרות שעד למועד כתיבת שורות אלה סובל המערער מכאבים, הגבלה בתנועות וקושי בביצוע פעולות ידניות הדבר לא קיבל ביטוי כלל בהחלטת הוועדה הנכבדה ומכאן הערעור
2. הוועדה הנכבדה לא לקחה בחשבון את המגבלות הנובעות מהפגיעה, מגבלות אשר מלוות את המערער ומקשות עליו בביצוע תפקודים ידניים מורכבים ופשוטים כאחד.
3. הוועדה הנכבדה לא הביאה בחשבון את העובדה שמחמת התאונה ותוצאותיה פוטר המערער מעבודתו, עבודה פיזית, אליה, או לעבודה פיזית אחרת לא יכול לשוב מחמת פגמתו וזאת עד למועד כתיבת שורות אלה.
4. בנסיבות אלה, מתבקשת הוועדה הנכבדה לקבל את הערר ולקבוע למערער נכויות זמניות גבוהות יותר ונכות צמיתה בשיעור גבוה יותר אשר הולם את חומרת פגיעתו ואת ההגבלה התפקודית..
5. ערעור זה מוגש במתכונתו הנוכחית על מנת לעמוד בזמנים. נימוקים נוספים יצורפו במועד הדיון בוועדה הרפואית.
6. אבקשכם להודיעני מועד לדיון בערר.

אריאל פרייברג, עו"ד



TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 21/04/2021 15:50
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	21/04 15:50
FAX NO./NAME	6250253
DURATION	00:00:24
PAGE(S)	01
RESULT	OK
MODE	STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN
 Tel 03-7412358 , Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)
 טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

15.4.21

מ.ל.ב.
- בפקס -

לכבוד
 ועדה רפואית לעררים
 המוסד לביטוח לאומי
 מחלקת נכות מעבודה
באמצעות פקס: 03-6250253
 א.ג.נ.,

הנדון: ערר על החלטת ועדה רפואית
בעניין אביהו מזרחי, ת.ז. 301222469
 מוגש בזאת ערר על החלטת הוועדה הרפואית מדרג I, ואלו נימוקיו:

1. המערער נפגע בידו השמאלית פגיעה לא מבוטלת, אך, חרף האמור, ולמרות שעד למועד כתיבת שורות אלה סובל המערער מכאבים, הגבלה בתנועות וקושי בביצוע פעולות ידניות הדבר לא קיבל ביטוי כלל בהחלטת הוועדה הנכבדה ומכאן הערעור
2. הוועדה הנכבדה לא לקחה בחשבון את המגבלות הנובעות מהפגיעה, מגבלות אשר מלוות את המערער ומקשות עליו בביצוע תפקודים ידניים מורכבים ופשוטים כאחד.
3. הוועדה הנכבדה לא הביאה בחשבון את העובדה שמחמת התאונה ותוצאותיה פוטר המערער מעבודתו, עבודה פיזית, אליה, או לעבודה פיזית אחרת לא יוכל

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

25.1.21

שלם כספי ורטי

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה – סניף תל אביב
מרחוב יצחק שדה 17
תל אביב 6777517

א.ג.נ.,

הנדון: אביהו יעקב מזרחי, ת.ז. 301222469
תאונה מיום 15.6.20

בהמשך למכתבכם הנני מתכבד להשיבכם כדלקמן:

1. מצ"ב טופס תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תיעוד רפואי רלוונטי.

2. לעיונכם וטיפולכם המסור בזימונו של מרשי לועדה אודה.

*מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



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 נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשלום 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 לצרף לטופס זה

- ☞ **מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה, ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.**
- ☞ **אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.**

כיצד 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 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.

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

לידיעתך!

- ☞ לאחר הגשת התביעה, תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונה לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- ☞ **באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון 2496*.**
- ☞ מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים, לצורך מיצוי זכויות.
- ☞ לשאלות וביירוים 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 והטבות/נכות מעבודה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

301222469

עמוד 1 מתוך 5

נא למלא מספר תעודת זהות



המסדר לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת

נכות מעבודה

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

חותמת קבלה

1

פרטי התובע

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות	
אדר'ה		מנחם		301222469	
מין		מספר אישי בצה"ל		תאריך לידה	
זכר ☒				08/11/1977	
נקבה ☐				שנה חודש יום	
עיסוק		שכיר ☒		מתנדב ☐	
עצמאי ☐					
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
10017		17		17	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני:	
		0505557764		_____@_____	
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	
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, 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

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה		שנה		חודש		יום	
		2020		06		15	
פרטים על הפגיעה							
ד-מ / גמלה / נכות על ידי שאל ונגזרת							

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

1 פרטים אישיים			
קוד גמלה 11	מספר זהות/דרכון 301222469	תאריך הפגיעה שנה חודש יום 1006 2020	
שם משפחה שרה	שם פרטי לירי		
חבר בקופת חולים			
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____			

2 הצהרה
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 אודותי. תאריך <u>21.1.21</u> חתימת המבוטח * <u>[Signature]</u>

3

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 3א'

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						טלפון
שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה						
עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק						
מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	

המקצוע ערב הפגיעה:

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי
☐ צה"ל	☐ משמר הכנסת	
☐ שב"ס	☐ משא"ז	טלפון נייד
☐ משטרה	☐ אחר	
רחוב/תא	מס' בית	יישוב
		מיקוד
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

פרטי הטיפול רפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה: ☐ לא ☒ כן, פרט <u>גיפאור</u>		
שם בית החולים	תקופת אשפוז	
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI, וכד')?		
☐ לא ☒ כן, פרט <u>רצח</u>		
שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו		
אם יש בידיך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.		
אני מובטח בקופ"ח <u>כלית</u>		
ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:		
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה
	<u>רצח</u>	

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבדין אתה מובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הקאבים שמהם אתה סובל

ה

כאבים ונזקקים כתוצאה מ...
כאבים ונזקקים כתוצאה מ...
קושי רשמי ונזקקים תיקונים קשים
קושי רשמי ונזקקים יום יומי

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?
☐ לא ☐ כן, פרט:

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט:

שם המעביד וכתובתו:

תאריך החזרה לעבודה:

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה:

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר:

☐ לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית

☐ לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום:

מס' תיק באגף השיקום:

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע:

9

סייע וייצוג בהגשת התביעה

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

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכונת ☐ בית חולים ☐ עמותה

☐ אחר:

טלפון

כתובת

שם גורם מייצג או מסייע

03-7412358

רחוב הירקון, ירושלים

ד"ר אהרון כהן

1.9.20

תאריך תחילת התקשרות:

פרטי חשבון הבנק של התובע

10

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

שמות בעלי החשבון

		שם הבנק	
מספר חשבון		שם הסניף / כתובת	
5779752		מס' סניף 803	
		שם החשבון	
		116f	

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

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מינוי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימה על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומינוי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

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 21.1.21 חתימת מקבל הגמלה * חתימת השותפים לחשבון * x

הצהרה

11

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 בודעין 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.

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

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך 21.1.21 חתימת התובע * x

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

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

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

תאריך 23.8.20

לכבוד : מצדר בע"מ

באמצעות פקס : 09-7650656

שלום רב,

הנדון : אביהו מזרחי, ת.ז. 301222469

בהמשך לשיחתנו מהיום אודה למילוי עמוד 9 (9 מתוך 10) והחזרתו אלי
חתום.

כן, אודה לקבלת העתק תעודת ביטוח חובה של הרכב המעורב (308-28-601).

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

שלום רב,
מכתבי היצ"כ סרם

נדנה.
זאט'עלס ימסור

ואמר'ר סוקר.

דמרה,

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

13

פרטים על פגיעה מחוץ למפעל

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה

מקום 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 _____

14

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, הפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו		
		יומי	חודשי	סכום	לתקופה	שם התשלום
חודש		☐	☐			
חודש		☐	☐			
חודש		☐	☐			
חודש		☐	☐			

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

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 _____

חתימת המעסיק _____ תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת _____

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 23/08/2020 13:07
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER. # : E75410F8N771041

DATE, TIME	23/08 13:06
FAX NO./NAME	097650656
DURATION	00:01:07
PAGE(S)	04
RESULT	OK
MODE	STANDARD ECM

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

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

תאריך 23.8.20

לכבוד : מצדד בע"מ

באמצעות פקס : 09-7650656

שלום רב,

הנדון : אביהו מזרחי, ת.ז. 301222469

בהמשך לשיחתנו מהיום אודה למילוי עמוד 9 (9 מתוך 10) והחזרתו אלי
 חתום.

כן, אודה לקבלת העתק תעודת ביטוח חובה של הרכב המעורב (308-28-601).

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 01/09/2020 12:15
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER.# : E75410F8N771041

DATE, TIME	01/09 12:14
FAX NO./NAME	097650656
DURATION	00:01:12
PAGE(S)	05
RESULT	OK
MODE	STANDARD ECM

ARIEL FREIBERG, ADV
 IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
 יגאל רסקין, עו"ד

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא חלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

תאריך 23.8.20

לכבוד : מצדר בע"מ

באמצעות פקס : 09-7650656

שלום רב,

הנדון : אביהו מזרחי, ת.ז. 301222469

בהמשך לשיחתנו מהיום אודה למילוי עמוד 9 (9 מתוך 10) והחזרתו אלי

חתום.

כן, אודה לקבלת העתק תעודת ביטוח חובה של הרכב המעורב (308-28-601).

9

הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל שליטה או 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 x

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

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

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
א.ב.י.ל	מזכרתי	803	57794/52

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 x 2.9.20

11

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

☐ עיוור/ נכה 100% ☐ פטור חלקי *

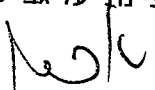
הצהרת התובע/מגיש התביעה

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 ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.
כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

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

חתימת התובע * 

2.9.20

תאריך

פרטי מגיש התביעה שאינו 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 אפוטרופסות, פסק דין או ויתור סודיות – יש לצרפם לתביעה.			
אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט:			
שם העד לחתימה	מספר זהות ס"ב		

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי, ימולא ע"י הנפגע)

שם משפחה	שם פרטי	כתובת	ת.ז.	טלפון
מזרחי	אביהו יעקב	בוסם 17 תל אביב-יפו 67530	30122246-9	050-5557764

י. פרטים על תאונה מחוץ לעסק או למפעל

☐ התאונה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה מקום הפגיעה במסלול

המקום בו היה על הנפגע לעבוד או בו עבד הנפגע ביום התאונה במסלול

האם העובד מועסק דרך קבע מחוץ לכתלי המפעל? ☐ לא ☐ כן בדרך כלל מועסק ב במסלול

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה ☐ לא ☐ כן שמם אסף

תפקיד הנפגע במפעל מסלול מטרת יציאתו מחוץ למפעל פנוי אספה

שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת קוק, זלמן תפקידו מנהל אספה

שעת היציאה 5:00 שעת החזרה הצפויה 12:00

☐ תאונה בדרך לעבודה באיו שעה היה עליו להתחיל בעבודה איו משמרת

האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש? ☐ לא ☐ כן

☐ תאונה בדרך הביתה באיו שעה סיים את העבודה האם סיים בשעה הקבועה? לא ☐ כן ☐

הסיבה ליציאה המוקדמת _____

יא. פרטי שכר ב- 4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

שם המפעל/המעביד מצוד בע"מ מס' תיק מעביד במוסד 92420356500

בפרטי השכר יש לכלול את כל רכיבי השכר. את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו יש לפרט גם בטור נפרד.

החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	היקף המשורה ב-%	מספר ימים עבד שולם השכר	העובד הוא יומי ☒ חודשי ☐	שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בשי"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו שם התשלום
חודש 06/20	12.00	☐	☒	3,332	
חודש 05/20	4.00	☐	☒	1,110	
חודש 04/20		☐	☐		
חודש 03/20		☐	☐		

☐ תאריך התחלת העסקת העובד 25/05/2020 מעמד העובד ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי ☐ % משורה: 0.00 ימי עבודה בשבוע: שישה י

☐ העובד ממשיך להמנות על עובדי המפעל ☐ כן ☐ לא העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך 16/6/20

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

☐ העובד נעדר מהעבודה בחודשים הנ"ל בתקופות _____ מהסיבה _____

יב. פרטים על תשלום דמי מחלה ע"י המעביד/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעביד - נכון ליום התאונה ☒ כן, ציין מס' הימים העומדים לזכותו עד ליום התאונה 0.96

☐ 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 _____

יג. הצהרת המעביד

הצהרה: אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שנמסרו על ידי העובד ועל ידינו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו פרט ל: נא לפרט את ההסתגויות - אם ישנן - לגבי הפגיעה.

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

שם החותם _____ תפקיד החותם _____

06/08/20 תאריך

יד. פרטים משלימים

☐ העובד זכאי לפטור 100% ממס הכנסה

מעביד מורשה לפי תקנה 22

☐ הנ"ל נכלל בהרשאה ונעדר מיום _____ עד יום _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק

☐ הנ"ל אינו נכלל בין העובדים שלגביהם נתנה הרשאה לחברה/למפעל.

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

קיבוצי: ☐ הנ"ל חבר קיבוץ מופיע בקוד סוג ביטוח _____ ☐ הנ"ל אינו חבר - מופיע בקוד סוג ביטוח _____

חתימת המעביד וחתימת רק במיקרים של פרטים משלימים

עמוד 10 מתוך 10

15.6.20

ותאריך הפגיעה

301222469

נא ציין את מספר תעודת זהות

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

פרטים אישיים

1

תאריך הפגיעה	מספר זהות/דרכון	קוד גמלה
15062020 שנה חודש יום	301222469	60
שם פרטי	שם משפחה	חבר בקופת חולים
אריה	שרה	
כללית ☒ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר ☐		

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטתי 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 2.9.20 חתימת המבוטח *

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 02/09/2020 18:50
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER. # : E75410F8N771041

DATE, TIME	02/09 18:31
FAX NO./NAME	6250222
DURATION	00:18:43
PAGE(S)	37
RESULT	OK
MODE	STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

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.

2.9.20

לכבוד
 המוסד לביטוח לאומי
 ענף נפגעי עבודה – סניף תל אביב
 מרחוב יצחק שדה 17
 תל אביב 6777517

א.ג.נ.,

הנדון : אביהו יעקב מזרחי, ת.ז. 301222469
 תאונה מיום 15.6.20

1. מצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים.

2. לטיפולכם המסור והמהיר בתביעת מרשי אודה.

*מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

עמוד 1 מתוך 10

15.6.20

ותאריך הפגיעה

301222469

נא ציין את מספר תעודת זהות



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך דפים									
01									

תביעה לתשלום דמי פגיעה
והודעה על פגיעה בעבודה

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

1

פרטי המזכיר

שם משפחה

מספר אישי בצה"ל

שם פרטי

תאריך לידה

שנה	חודש	יום
08	11	19

תאריך עלייה

שנה	חודש	יום

☒ רווק/ה	☐ אלמנה	☐ פרודה	☐ נשוי/אה	☐ גרושה	☐ ידועה/בציבור
--	--------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

יישוב

מיקוד

טלפון קווי

טלפון נייד

דואר אלקטרוני:

10510	55577764
-------	----------

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

מס' זהות איש קשר									
ס"ב									

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט - SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, 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

יישוב

מיקוד

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
מספר בית		יישוב	מיקוד	טלפון נייד
רחוב / תא דואר		מספר בית		מס' פקס
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		טלפון נייד
יישוב		מיקוד		

פרטי מקום העבודה - כוחות הביטחון

מקום השירות		צה"ל ☐		טלפון קווי
משמר הכנסת ☐		שב"ס ☐		טלפון נייד
משא"ז ☐		משטרה ☐		מס' פקס
אחר ☐		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.				

פרטי הפגיעה

שעת הפסקת עבודה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפגיעה	היום בשבוע	תאריך הפגיעה
	15.6.20	9:45	שני	15/06/2020 שנה חודש יום

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

אירעה תאונה בלתי צפונית, נא פרט את כל הפרטים. מס' תאונה: 308-28-601

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

שם יציק פסווקי	כתובת	מספר טלפון	☒ חבר לעבודה ☐ מכר ☐ אחר
		054 2575751	
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

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

האיבר שנפגע	מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)	מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)
כל יד	שבר	
תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה	תקופת אשפוז	שם בית החולים / מחלקה
15/06/2020 שנה חודש יום		א.י.א.ב

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

קופת חולים שבה אתה חבר

☒ כללית ☐ לאומית

☐ מכבי ☐ מאוחדת

☐ אחר

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה	טלפון המרפאה
		שבה טופלתי או אני מטופל	

סיקור בהגשת התביעה

5

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

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

שם הגוף המייצג או המסייע: ד"ר אריאל פרידמאן

פרטים על תאונת דרכים

6

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

2 האם נפגעת בהיותר:

☐ 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

נוסעים נוספים ברכב:

שם ומשפחה

מספר זהות / דרכון
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 _____
טלפון _____ פקס _____ דואר אלקטרוני _____
התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

7

פרטים על תאונה בנזיקין

סוג התאונה בנזיקין

- ☐ נפילה ממקום גבוה ☐ נפילה במדרגות או במדרכה 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

מתאריך
15 06 2020
שנה חודש יום

עד תאריך
יום
שנה חודש יום

☐ שהייתי
בעסק /
בעבודתי

מתאריך
שנה חודש יום

עד תאריך
שנה חודש יום

משעה
עד שעה

עד שעה

מתאריך
שנה חודש יום

עד תאריך
שנה חודש יום

משעה
עד שעה

עד שעה

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

שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו:

משעה _____ עד שעה: _____

☐ עבודה במשמרות

0.11 10 24.720 38 15.7.20 (3)

15	30.6.20	38	15.6.20	(1)
14	14.7.20	38	1.7.20	(2)

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

4.10.20

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה – סניף תל אביב
מרחוב יצחק שדה 17
תל אביב 6777517

א.ג.נ.,

הנדון: אביהו יעקב מזרחי, ת.ז. 301222469
תאונה מיום 15.6.20

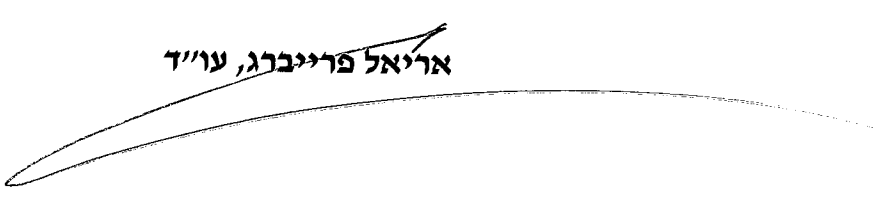
בהמשך למכתבכם הנני מתכבד להשיבכם כדלקמן:

1. במועד התאונה עבד מרשי במקום עבודה חדש. מצ"ב תלושים ממקום עבודתו הקודמת.
2. מחמת התאונה ותוצאותיה לא עבד מרשי מיום 15.6.20 ועד 14.7.20.
3. מצ"ב כתב וס"ר חתום על ידי מרשי.

*מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1. פרטים אישיים

קוד גמלה	מספר זהות/דרכון	תאריך הפגיעה
60/61 דמי פגיעה	301222469	15/06/2020
שם משפחה	שם פרטי	אביו/יע
מזרחי		
חבר בקופת חולים		
☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר		

2. הצהרה

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש
בוזה 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 על אחדותי.

תאריך: 24.9.2020 חתימת המבוטח *

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 04/10/2020 12:28
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER. # : E75410F8N771041

DATE, TIME	04/10 12:21
FAX NO. /NAME	6250222
DURATION	00:07:02
PAGE(S)	07
RESULT	OK
MODE	STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

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

4.10.20

לכבוד
 המוסד לביטוח לאומי
 ענף נפגעי עבודה – סניף תל אביב
 מרחוב יצחק שדה 17
תל אביב 677517

א.ג.נ.,

הנדון: אביהו יעקב מזרחי, ת.ז. 301222469
 תאונה מיום 15.6.20

בהמשך למכתבכם הנני מתכבד לחשיבכם כדלקמן:

1. במועד התאונה עבד מרשי במקום עבודה חדש. מצ"ב תלושים ממקום עבודתו הקודמת.
2. מחמת התאונה ותוצאותיה לא עבד מרשי מיום 15.6.20 ועד 14.7.20.
3. מצ"ב כתב וס"ר חתום על ידי מרשי.

*מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

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.

2.9.20

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
ענף נפגעי עבודה – סניף תל אביב
מרחוב יצחק שדה 17
תל אביב 6777517

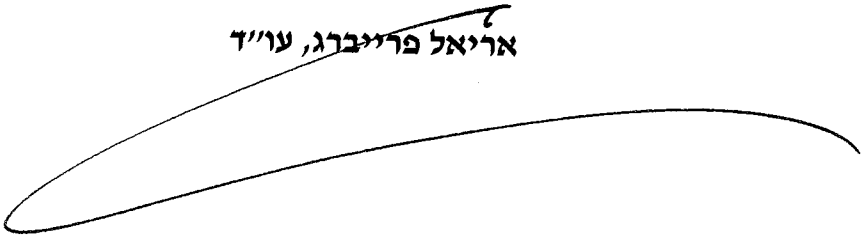
א.ג.נ.,

הנדון: אביהו יעקב מזרחי, ת.ז. 301222469
תאונה מיום 15.6.20

1. מצ"ב טופס תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה בצירוף מסמכים רפואיים רלוונטיים.
 2. לטיפולכם המסור והמהיר בתביעת מרשי אודה.
- *מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



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.

20.4.21

שלם בזהר זכר

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
רחוב יצחק שדה 17
תל אביב
באמצעות פקס: 03-6250324

א.ג.נ.,

הנדון: אביהו מזרחי, ת.ז. 301222469

1. מרשי שבנדון עמד בפני ועדה נכבדה אשר קבעה את נכותו.
2. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה איבד מרשי את עבודתו והיה מחוץ למעגל העבודה מחמת מגבלותיו.
- *רצ"ב אישור תקופת העסקה מטעם מעסיקתו במועד התאונה
3. אי לכך ובהתאם לזאת אבקשם להכיר בו כנכה נזקק בתקופות הנכויות הזמניות שנקבעו לו.
4. לטיפולכם המסור אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 20/04/2021 20:19
 NAME :
 FAX :
 TEL :
 SER. # : E75410F8N771041

DATE, TIME	20/04 20:18
FAX NO./NAME	6250324
DURATION	00:01:19
PAGE(S)	03
RESULT	OK
MODE	STANDARD

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

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.

20.4.21

לכבוד
 המוסד לביטוח לאומי
 רחוב יצחק שדה 17
 תל אביב
 באמצעות פקס : 03-6250324

א.ג.ג.,

הנדון : אביהו מזרחי, ת.ז. 301222469

1. מרשי שבנדון עמד בפני ועדה נכבדה אשר קבעה את נכותו.
2. לאחר התאונה ומחמת תוצאותיה איבד מרשי את עבודתו והיה מחוץ למעגל העבודה מחמת מגבלותיו.
3. "רצ"ב אישור תקופת העסקה מטעם מעסיקתו במועד התאונה
4. אי לכך ובהתאם לזאת אבקשם להכיר בו כנכה נזקק בתקופות הנכויות הזמניות שנקבעו לו.
4. לטיפולם המסור אודה.

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ מ _____ רמת גן (להלן – "עורך הדין") בעד טיפול
לשלם למשרד עו"ד אריאל פרייברג מרחוב אבא הלל 7 מתוך 60 חודשי קצבה בצירוף מע"מ.
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 ושלבי 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, מטעמו הוא, להפסיק את הטיפול המשפטי כדלהלן:**
- 4.1 הלקוח רשאי לחזור בו מההתקשרות בתוך 7 ימי עבודה המיום.
 - 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 המירבי 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 ההתקשרות 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 מיידי 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 לועדות ו/או בדיקות, הודעה על ביקור מטעם המוסדות וכיו"ב.** ככל שלא יעביר הלקוח הודעה כאמור בסעיף זה לעורך הדין, יהיה הלקוח מושתק 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 יקוּזְזו על ידי מי מהמוסדות הנ"ל לכיסוי החוב, יחושב הסכום שקוּזְז כחלק מסכום הזכויות 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 וייפסקו 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 בהליכים 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

הסכם לתשלום שכר טרחה - תאונות דרכים לפי חוק הפלת"ד

שנערך ונחתם בתל-אביב ביום _____ בחודש _____ שנה _____

בין : _____ (להלן: "הלקוח") מצד אחד

לבין : אריאל פרייברג, עו"ד (להלן: "עוה"ד") מצד שני

היות והלקוח פנה אל עוה"ד ובקשו לטפל עבורו בתביעת פיצויים בקשר לנזקי גוף שנגרמו לו עקב התאונה מיום _____ ועוה"ד ניאות ליטול על עצמו את הטיפול בעניינו של הלקוח, כאמור לעיל, הכל בכפוף לתניות הסכם זה ;

לפיכך הוסכם בין הצדדים כדלקמן :

1. הוסכם בין הלקוח ועוה"ד שתשלום שכר טרחת עורך הדין ישולם לעוה"ד באחוזים מתוך הסכום הכולל שיקבל הלקוח ו/או הסכום הכולל שיפסק לטובת הלקוח ע"י בית המשפט (כולל מקדמות ותשלומים תכופים) כדלקמן :

- א. 8% - במקרה של פשרה לפני הגשת תביעה לבית המשפט.
- ב. 11% - במקרה של פשרה לאחר הגשת כתב תביעה לבית המשפט ולפני דיון בבית המשפט (להלן: "דיון" – ישיבת קדם משפט או ישיבת הוכחות).
- ג. 13% - מכל סכום ברוטו שיפסק לטובת הלקוח בפסק דין שניתן ע"י בית משפט בערכאה ראשונה ללא כל קשר לתוצאות הערעור.

2. שכר הטרחה אינו כולל הליכי ערעור או הוצל"פ מכל סוג אשר בגינם ייקבע הסכם שכ"ט נפרד.

3. שכ"ט לא כולל הוצאות, אגרה ומע"מ שיחולו על הלקוח.

4. במידה והתיק יסתיים בעקבות מכתב דרישה לחברת הביטוח, ישלם הלקוח סך של ₪500 על חשבון ההוצאות בנוסף, לאמור בסעיף 1.א (יגבו בסוף הטיפול)

5. במידה ותוגש תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח סך של 1,000 ₪ על חשבון ההוצאות, בנוסף, לאמור בסעיפים 1.ב ו-1.ג. (יגבו בסוף הטיפול)

6. שכ"ט עו"ד שנפסק ע"י ביהמ"ש בהחלטות ביניים יהיה שייך לעוה"ד ללא כל קשר לאמור בסעיף 1 שבהסכם זה.

7. במידה והלקוח יחליט להפסיק את טיפולו של עוה"ד בתביעה לפני קבלת הפיצויים יחולו ההוראות כדלקמן :

א. במידה והפסקת הטיפול תהיה לפני הגשת תביעה לבית המשפט, ישלם הלקוח לעוה"ד שכ"ט בשיעור של 33.3% (שליש) משכר הטרחה המוסכם בסעיף 1 להסכם זה.

קבלת לקוח

תאריך פתיחת התיק : אוגוסט 2020
מפנה: בועז מזרחי

שם הלקוח: אביהו מזרחי

תאריך לידה: 8.11.87

ת.ז.: 301222469

מצב משפחתי: רווק

כתובת: בושם 17, תל אביב

טלפונים: 050-5557764

תאריך התאונה: 15.6.20 09:45 – במהלך העבודה על משאית אשפה
ידו נתפסה במדחס והוא נפגע באצבע המורה

פגיעות: אצבע ויד שמאל, חרדה

בית החולים שבו טופל הלקוח:

מקום עבודה: עובד קבלן – עולה חדש מארה"ב (חזר אחרי 10 שנים
בארה"ב)

עזרת הזולת:

תאונת עבודה: כן
יש פוליסות

חוקרים: נאמר ללקוח