

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.

3.8.22

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
רחוב יצחק שדה 17
תל אביב
באמצעות האתר

א.ג.נ.,

הנדון : אופק רביבו, ת.ז. 214423709
תאונה מיום 29.8.21

1. בהמשך לשיחתכם הטלפונית הריני מתכבד לפנות ולצרף כדלקמן.
2. טופס התביעה לדמי פגיעה מולא ע"י המעסיק והתאריך המצויין למעלה הוא התאריך בו מילא המעסיק את הטופס. כפי שסוכם בשיחתנו הטלפונית הריני מצרף את טופס הבל 250 ודו"ח פנימי להנחת דעתכם כי אין מחלוקת כי התאונה אירעה בתאריך 29.8.22.
3. כן, מצ"ב לבקשתכם תלושי שכר לחודשים יולי -אוגוסט 2021 ותעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה.
4. לטיפולכם המסור בתביעת מרשי אודה.

בכבוד רב ובתודה,



אריאל פרייברג, עו"ד

תאריך קבלת הטופס בקופה

שנה	חודש	יום

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה



בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד
טופס זה אינו משמש תביעה לדמי פגיעה. על מנת להגיש תביעה לדמי פגיעה יש
למלא טופס בל/211 הקיים באתר האינטרנט.

1 פרטי המעסיק

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי
ת.י. מאנ. גומה נא	393636874	1036783557
רחוב / תא דואר	יישוב	טלפון פקס
האבה	האבה	1035451977
מס' בית	מיקוד	
1		

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

2 פרטי התובט

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
רביבו	אופק	☒ זכר ☐ נקבה	2111444231709

3 פרטי התאונה

נפגע בתאריך: 21/10/2022 בשעה: 11:16 כאשר עבד ב: 37 סוג העבודה: _____

מקום התאונה: ☐ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר _____

כתובת מקום התאונה: _____

תיאור התאונה: _____

האיבר שנפגע: _____

4 הצהרת המעסיק

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.
אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.

אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן _____

החתימה והחותמת: _____

שם החותם: _____

תפקיד החותם: _____

תאריך: 25.01.2022

חתימה מעדני גומה בע"מ

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

טופס הודעה על תאונת עבודה פנימי - (יש למלא ולהעביר ביום התאונה)

תאריך מילוי הטופס: 25.01.2022
תאריך התאונה: 29.08.2021 שעה: 17:15
שם הנפגע: אסף רביב מספר עובד: 405
מיקום: בוא מאגדל אור: הוצה מחלקה: דגים בשר
האבר הנפגע יש לרשום את מיקום הפגיעה (ידורגל) + צד: צד ימני
מהות הפגיעה (מכה חתך ואחר): חתך
תאור התאונה לפי עדות הנפגע / עד ראייה:
השם חתך בשר, אחס בסין ביז' ימין ונתפס ביז' שמאל
כי החזיק את היד ביז' שמאל

גורם משוער לתאונה:

סידור עבודה רגיל

האם העובד השתמש בציד מגן אישי כנדרש?

נעלי בטיחות שקיבל ממעדני גורמהכפפות נירוסטה.

(א"י. כן. כפפות לא)

למי הודיע הנפגע על התאונה:

אברהם - אסף

תאריך: 29.8.21 שעת ההודעה: 17:15

עדים לתאונה:

שם: ת. ז.

שם: ת. ז.

עזרה ראשונה הוגשה ע"י

אחז החזקים שחז מנספדה צדו לצדו אסף

נמסרה הודעה טלפונית / בכתב ל

הערות המנהל הישיר / מנהל הישיר:

המנהל נסד אסף צדו

שם המנהל הישיר / מנהל הישיר: נארוז אסף

מס טלפון של המנהל:

חתימה: נארוז אסף

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה תאריך: 25/07/2022

פרטי המטופל:	שם משפחה ופרטי:	רביבו אופק	מס זהות:	00214423709	גיל:	18.11	מין:	ז
ת.לידה:	08/08/2003	ישוב:	תל אביב -	רחוב:	הגבור האלמוני			
מס בית:	33	טלפון:	54- 2049171	טלפון נוסף:	3- 6311062			

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 29/08/2021

אבחנות

קוד	איפיון	אבחנה
8798		WOUND OPEN

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ אינו/ה מסוגל/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 31/08/2021 עד יום 13/09/2021 (בכלל) סה"כ 14 ימים

25/07/2022 25/07/2022

תאריך מתן התעודה ת. הבדיקה

ד"ר מוחמד זועבי

חותמת המרפאה חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

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

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

חברה : 562 - ח.י. מעדני גורמה בעמ
כתובת: הערבה 1
ישוב : גבעת שמואל 0

רביבו אופק
לאו 11
בירנית 0

הניכוי			נכויי חובה			התשלום			שווי למס			גילום			תעריף			כמות			תאור התשלום		
						3857.20					40.00	96.43								משכורת	001		
						358.50					50.00	7.17								ש.גוס 125%	007		
						63.00					60.00	1.05								ש.גוס 150%	014		
						420.00					30.00	14.00								נסיעות	004		
						270.00					30.00	9.00								הפר. נסיעו	057		
						1196.80					40.00	29.92								הפרשי שכר	013		
						100.00					50.00	2.00								ש.גוס 125%	007		
						17.40					60.00	0.29								ש.גוס 150%	014		
						6282.90															סה"כ תשלומים		

שכר נטו		6282.90	
נכויי רשות		הניכוי	
01	מפרעה	1300.00	
נכויי רשות		1300.00	

חשבון חופשה		נתונים מצטברים		נתונים נוספים			
1.16	יתרה קודמת	9318.70	שכר חייב מס	26	י"ע בחברה	14	ימי עבודה
1.16	צבירה ח.ז.	9318.70	ש.כ.ב.לאומי	198.0	ש"ע בחברה	105.0	שעות עבודה
.00	ניצול ח.ז.			6282.90	שכר חייב מס	8.00	שעות ליום
2.32	יתרה חדשה			6282.90	שכר ב.לאומי	2.25	נק. רגילות
חשבון מחלה				0.00	שכר מבוטח	10%	אחוז מס שולי
1.50	יתרה קודמת			0.00	בסיס קרה"ש	9.128	קוד מהדורה
1.50	צבירה ח.ז.			30.16	ב.לאומי מעסיק	6/כ	חישוב מצטבר
.00	ניצול ח.ז.			4399.00	שכר מינ.חודש	בנק	אופן תשלום
3.00	יתרה חדשה			25.43	שכר מינ.שעה		

4982.90	לתשלום	
---------	--------	--

תלוש שכר לחודש 08/2021
הודפס בתאריך 01/08/2022
דף 1 מתוך 1

תיק ניכויים: 939636874
מספר תאגיד: 514291129
תיק ב"ל: 93963687400

חברה: 562 - ח.י. מעדני גורמה בעמ
כתובת: הערבה 1
ישוב: גבעת שמואל 0

פרטים אישיים

מספר זהות: 214423709
מספר העובד: 0405
ס.משרה: 1-יחידה
משרה ב"ל: עיקרית
תושב: כן
בסיס השכר: שעתי
וותק: 00.02.25
מחלקה: 113 בול מרקט אור יהודה
תחילת עבודה: 07/06/2021
מצב משפחתי: ר+0
דרוג: 000
דרגה: 000
וותק מ-:
בנק: 11/151
חשבון: 000224603

לכבוד

רביבו אופק
לאו 11
בירנית 0

תאור התשלום	כמות	תעריף	גילום	שווי למס	התשלום	נכויי חובה	הניכוי
001 משכורת	153.72	40.00			6148.80	מס הכנסה	249.50
007 ש.נוס 125%	14.85	50.00			742.50	ב.לאומי	135.00
014 ש.נוס 150%	5.67	60.00			340.20	מס בריאות	274.00
004 נסיעות	22.00	30.00			660.00		
סה"כ תשלומים						ניכויי חובה	658.50

נתונים נוספים		נתונים מצטברים		חשבון חופשה		שכר נטו
14	י"ע בחברה	27	שכר חייב מס	2.32	יתרה קודמת	7233.00
174.0	ש"ע בחברה	208.0	ש.כ.ב.לאומי	1.16	צבירה ח.ז.	
8.00	שכר חייב מס	7891.50	מס הכנסה	.00	ניצול ח.ז.	
2.25	שכר ב.לאומי	7891.50	בט. לאומי	3.48	יתרה חדשה	
10%	שכר מבטח	0.00	מס בריאות	274.00		
9.129	בסיס קרה"ש	0.00		חשבון מחלה		7233.00
6/כן	ב.לאומי מעסיק	343.20		3.00	יתרה קודמת	
בנק	שכר מינ.חודש	5300.00		1.50	צבירה ח.ז.	
	שכר מינ.שעה	29.12		.00	ניצול ח.ז.	
				4.50	יתרה חדשה	
						ניכויי רשות

7233.00	לתשלום
---------	--------