

למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

1

☐ הפגיעה אירעה מחוץ למפעל - תוך כדי עבודה

שעת הפגיעה _____ 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? 6:30 איזו משמרת? לילה הכתובת שבה היה אמור לעבוד? אברהם לילה

☐ פגיעה בדרך הביתה: באיזו שעה סיים את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? ☐ כן ☐ לא, הסיבה ליציאה המוקדמת: _____ הכתובת שבה עבד לפני היציאה לביתו _____

2

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

לוגיקה _____

תאריך תחילת עבודה: 6/3/22 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 חופש לילה

ממתי 4/9/22 עד מתי 9/1/23 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		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו	
		יומי	חודשי		למקרה	שם התשלום
חודש 01/23	17	☐	☒	12697		
חודש 12/22		☐	☒	2507		
חודש 11/22		☐	☒	2033		
חודש 10/22		☐	☒	812		

☐ העובד שב לעבודה בתאריך _____ ☒ 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, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך: _____ סיבת הפסקת העבודה _____

שם בית התוכנית או לשכת השירות באמצעות המעסיק מפקד תלושי שכר _____

שוגר טופס 100: ☐ כן ☐ לא

שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: 07855790

חתימת המעסיק _____ תאריך 28/02/2023 שם ותפקיד החותם חלוק חתימה _____

51442500

3

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעסיק? (נכון ליום הפגיעה)

כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום הפגיעה: 5.90

☐ 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)

4

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

חתימת מפקח
מ.פ. 1999

תאריך: 28/02/2023 תפקיד החותם: תלכ שם החותם: של שר חתימה וחותמת: [חתימה]

5

☐ 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 לחברה / מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

□ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 במוסד הישן)

קיבוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת *

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

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".

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד						מספר תיק ניכויים						טלפון קווי					
רמ"ב צ"י.י.א.י. 27						935947853						1017151871015					
רחוב / תא דואר			מס' בית			יישוב			מיקוד			טלפון פקס					
רחוב 237			96			נתיבות											

לכבוד קופת חולים / בית חולים _____ בא להגיש עזרה רפואית לי: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר _____ לאומית

שם משפחה דוימטרובסקי		שם פרטי אילה		מין זכר ☐ נקבה ☒		מספר זהות / דרכון ס"ב 3 1 8 8 3 2 3 6 7																	
מחזור <table border="1"> <tr> <td>מיקוד</td> <td>יישוב</td> <td>דירה</td> <td>כניסה</td> <td>מס' בית</td> <td>רחוב / תא דואר</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>נור</td> <td>6</td> <td></td> <td>2</td> <td>משה רבינו</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>								מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר				נור	6		2	משה רבינו		
מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר																		
	נור	6		2	משה רבינו																		
טלפון קווי				טלפון נייד																			
0 8 6 1 9 4 3 8 2				0 5 8 3 2 4 1 3 5 7																			

☒ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל

[illegible][illegible]