



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
ביטוח נפגעי עבודה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

| | | | | | | | | | |
|------------------|--|------|--|--|--|--|--|--|--|
| מס' זהות / דרכון | | | | | | | | | |
| סוג המסמך | | דפים | | | | | | | |

בקשה להצטרפות להסדר ע"פ תקנה 22

✉ את טפסי הבקשה יש להעביר לאגף נפגעי עבודה לכתובת מייל: MAASIK22@NIOI.GOV.IL

1

פרטי החברה/מפעל

| | | | | | |
|---|-------|------------------------|---------------------------------|--------------------|----------------|
| מספר תיק ניכויים של המעסיק בביטוח לאומי | | תחום עיסוק החברה/המפעל | | השם הרשום של החברה | |
| כתובת (הרשומה במשרד הפנים) | | | | | |
| מיקוד | יישוב | דירה | כניסה | מס' בית | רחוב / תא דואר |
| דואר אלקטרוני: _____@_____ | | טלפון נייד | | טלפון קווי | |
| מספר תיק ניכויים של חברת הבת בביטוח לאומי | | | חברת בת (אם יש) | | |
| מספר העובדים המועסקים בחברת הבת | | | מספר העובדים המועסקים בחברת האם | | |
| סוגי קבוצות העובדים עבורם מבוקשת ההרשאה (כל העובדים, עובדים חודשיים, יומיים וכד') | | | | | |

2

פרטי חשבון הבנק אליו יועברו דמי הפגיעה – נא להקפיד לציין חשבון זה בטופס התביעה

| | | | |
|------------------|----------|-----------------|---------|
| שמות בעלי החשבון | | | |
| מספר חשבון | מס' סניף | שם הסניף/כתובתו | שם הבנק |

3

הצהרה

אנו מתחייבים בזה לשלם דמי פגיעה במועד תשלום השכר לעובדים.
תשלום דמי הפגיעה לא יהיה תלוי בהחלטת המוסד לביטוח לאומי ולא יהיה מותנה באישור מוקדם של התביעה ע"י המוסד.
תאריך _____ שם החותם _____ תפקיד _____
חתימה וחותמת של בעל התפקיד (מורשה חתימה מטעם המעסיק) * _____

✉ את טפסי התביעה לדמי פגיעה של העובדים, יש להגיש בסניף מגורי העובד שנפגע

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

התחייבות המעסיק

הצהרה

- ה ו א י ל:** והגשתי בקשה להצטרפות להסדר על פי תקנה 22 לתקנות הביטוח הלאומי (ביטוח מפני פגיעה בעבודה) התשי"ד-1954, לפיה המוסד לביטוח לאומי (להלן – המוסד) רשאי להרשות לי כמעביד לשלם בשם המוסד דמי פגיעה לעובדיי;
- ו ה ו א י ל:** וידוע לי כי משיאושר צירופי להסדר האמור לעיל (להלן – ההסדר) אני חייב לשלם לעובד את דמי הפגיעה בסמוך לפגיעה במועדים בהם אני משלם שכר לעובדי;
- ו ה ו א י ל:** וידוע לי כי משיאושר צירופי להסדר אהיה זכאי מאת המוסד לעמלה בשיעור 2.5% מדמי הפגיעה שישולמו על ידי בשם המוסד;
- ו ה ו א י ל:** וידוע לי כי המוסד רשאי לבטל את צירופי להסדר אם לא אמלא אחר תנאי ההסדר כמפורט בכתב התחייבות זה;

לפיכך הנני מתחייב בזה כדלקמן:

1. דמי הפגיעה ישולמו על ידי בסמוך לתאונה במועדים בהם אני משלם שכר לעובדים.
2. דמי פגיעה ישולמו על ידי אף אם טרם הוגשה למוסד תביעה לדמי פגיעה ו / או אף אם טרם אושרה על ידי המוסד.
3. עם תשלום דמי הפגיעה תימסר על ידי הודעה בכתב, בטופס התביעה לדמי פגיעה, ובה אצהיר על תשלום דמי הפגיעה, משך התקופה עבורה שולמו דמי פגיעה, וגובה הסכום ששולם.
4. דמי הפגיעה ישולמו במלואם לעובד, לא יועברו, לא יעוקלו ולא יקוזזו בכל דרך שהיא למעט לשם תשלום מזונות על פי פסק דין של בית משפט.
5. אם יתברר כי למרות הצהרתי – לא שולמו דמי הפגיעה – כולם או מקצתם – לעובד, אפצה את המוסד בסכום כפול מהסכום שהייתי חייב לשלם כדמי פגיעה וכן בגין כל הוצאה שתגרם למוסד בשל הפרת התחייבויותי על פי כתב התחייבות זה, והמוסד יהיה רשאי לקזז כל סכום כאמור מכל תשלום המגיע לי ממנו.

האמור לעיל לא גורע מזכות המוסד לנקוט בכל הליך משפטי אחר בגין הפרת התחייבויותיכם על פי כתב התחייבות זה.

חתימה וחותמת של בעל התפקיד
(מורשה חתימה מטעם המעסיק)

תפקיד החותם

שם החותם

תאריך