



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מס' זהות / דרכון

0	1	סוג המסמך	דפים		
---	---	-----------	------	--	--

הצהרת המעסיק אם התובע עובד שכיר (בתביעה של עצמאי - ימלא התובע)

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) ס"ב

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	היום בשבוע	שעת הפגיעה	תאריך הפסקת עבודה	שעת הפסקת עבודה

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 דרכו של העובד _____

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה הפגיעה ובמה הועסק העובד בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף), נא פרט _____

האם נכחו עדים בתאונה?: לא כן, פרט: _____

שם	כתובת	מספר טלפון	<input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר
שם	כתובת	מספר טלפון	<input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר

מסירת הודעה למעסיק על הפגיעה:

תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	טלפון

פרטים על פגיעה מחוץ לעסק או למפעל

הפגיעה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה

מקום הפגיעה: _____ שעת 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. _____

תפקידו	שם העובד שנתן לתובע את ההוראה לצאת	מטרת יציאתו מחוץ למפעל	תפקיד הנפגע במפעל
	שעת החזרה הצפויה	שעת היציאה	

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 _____

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה

מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי			שם המפעל / המעסיק					
מספר ימי העבודה בשבוע: _____	היקף המשרה ב-% _____	מעמד העובד: <input type="checkbox"/> קבוע <input type="checkbox"/> ארעי <input type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> חודשי		תאריך תחילת עבודה: _____				
<input type="checkbox"/> אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, נא פרט את סיבת ההיעדרות _____ ממתי _____ עד מתי _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא								
בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה								
תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו			שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח		העובד הוא		מס' הימים בעבורם שולם השכר	החודש, כולל חודש הפסקת העבודה
					חודשי	יומי		
שם התשלום	לתקופה	סכום						
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		חודש _____
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		חודש _____
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		חודש _____
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		חודש _____

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 התוכנה או לשכת השירות באמצעותם המעסיק מפיק תלושי שכר _____

סוגר טופס 100: כן לא

שם איש קשר לבירור פרטי שכר _____ מספר טלפון: _____

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

פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעסיק/קרן דמי מחלה

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י 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 ע"י הקרן לדמי מחלה _____

(שם הקרן)

6

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 _____

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת * _____

7

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

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 בנוסח הישן)

קיבוץ:

הנפגע חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח _____

הנפגע אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת * _____

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)