



המוסד לביטוח לאומי

מנהל הכללות

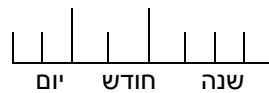
nageui uboda

תביעה להכרה כנכה נזק

לפי תקנה 18 א'

<input type="checkbox"/> מס' זהות / דרכון	<input type="checkbox"/> לשימוש פנימי בלבד (סרייקה)
<input type="checkbox"/> סוג דפים	<input type="checkbox"/> המסמך

חותמת קבלה	
------------	--



תאריך הפגיעה בעבודה

פרטי התובע

1

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב	<input type="checkbox"/> לא, צין את הסיבה
<input type="checkbox"/> שכיר – מקום העבודה			

2

מעמד: זמני קבוע
ותק במקום העבודה: _____ . מקטע _____.

הוצאה לי לעבודה אחרת ע"י מעביד: כן לא, צין את הסיבה _____
התציבתי כדורש עבודה בשירות התעסוקה לא כן, בתאריך _____
חוובה להחתים את המעבד, במקום העבודה בו נפגעת, על סעיף 4 בטופס זה.

עצמאי העסיק בעלותי שותפות
מצב העסק יום: סגור הפעילות צומצמה אין שינוי בפעולות העסוק
אני מעסיק עובדים: לא כן _____
ברצוני להוסיף על האמור לעיל:

3

הרini מצהיר בזאת שבתקופה מתאריך _____ עד תאריך _____, לא הייתה לי כל כניסה מן המקורות שלhalbן; הכנסה מהתעסוקות, דמי אבטלה ואני זכאי עבור תקופה זו לכל תשולם מאות מעביד.
ידוע לי, כי מחייבתי לעדכן את המודוס לביטוח לאומי מיד עם שובי לעבודה.
אני החתום מצהיר בהזה כי כל הפרטים שמסרתתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.
ידעו לי, שמשמעות פרטיהם לא נכוןים או הולמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודען למתן קצבה לפוי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטיהם שיש להם חשיבות לעניין, דינם קנס כספי או מאסר.
אם התביעה הוגשה בסיום או על ידי מיציג: עו"ד חברת מימון זכויות יד מכונת ביה"ח אחר נא לציין את שם הגוף המופיע / המציג _____ תאריך תחילת התקשרות _____

תאריך _____ חתימה שם _____

4

אישור המuszיק למוסד לביטוח לאומי

שם המuszיק _____ מס' תיק ניכוי _____
הרini מאשר כי העובד _____ בעל מס' ת.ז. _____
לא עבד בתקופה מתאריך _____ עד תאריך _____
 קיבל שכר עבור תקופה זו כן לא _____
הוצאה לו לעבודה אחרת במפעל כן לא, הסיבה _____
הערות: _____

תאריך _____ שם החותם ותפקידו _____ חתימה וחותמת