



תביעה לתשלום גמלה לתלויים בנפגע עבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי - ביטוח נפגעי עבודה

דברי הסבר והנחיות למילוי והגשת הטופס

הזכאות לגמלת תלויים

לגמלת תלויים (קצבה או מענק) זכאים, בתנאים מסוימים, בני משפחתו של מבוטח בביטוח נפגעי עבודה (עובד שכיר או עצמאי), שנפטר כתוצאה מפגיעה בעבודה (תאונת עבודה או מחלת מקצוע).

בני המשפחה הזכאים לגמלה הם אלמן/ה וילדי המבוטח/ת, ובתנאים מסוימים - הורים, אחים, או סב/תא שהמבוטח/ת היה מפרנסם.

הגשת התביעה

◆ תביעה לגמלת תלויים יש להגיש למוסד לביטוח לאומי מוקדם ככל האפשר. ולא יאוחר מ- 12 חודשים מיום הפטירה.

◆ הגשת התביעה במועד מאוחר יותר עלולה לפגוע בזכות לגמלה, כולה או חלקה.

◆ את התביעה יש להגיש לסניף המוסד לביטוח לאומי שבאזור מגורי התובע/ת.

◆ ניתן לשלוח את התביעה בדואר.

◆ בהתאם לחוק הביטוח הלאומי, צפויים ענשי מאסר וקנסות לאדם שגרם למתן גמלה שלא כחוק במרמה או ביודעין ע"י העלמת פרטים או מסירת פרטים כוזבים.

המסמכים שיש לצרף לתביעה

אלמן

1. אשור על הכנסות לגבי אלמן אשר אין עמו ילד והוא אינו מסוגל לכלכל עצמו.
2. תעודה רפואית על מצב בריאותו של אלמן, שאינו מסוגל לכלכל את עצמו, ואין עמו ילד.

אלמנה

1. תעודה רפואית לאלמנה הנמצאת בהריון ובה אשור על חודש ההריון.
2. תעודה רפואית על מצב בריאותה של אלמנה שאינה מסוגלת לכלכל את עצמה וטרם מלאו לה 50 שנה ואין עמה ילדים.

ילדים

1. אשור בית הספר על לימודי ילד בגיל 18-20 שנה או אשור מהמוסדות שנקבעו לכך על שירות לאומי של בת בגיל 18-22.
2. אשור מצה"ל על שירות סדיר של ילד שטרם מלאו לו 22 שנה, בציון מועד הגיוס ומועד השחרור הצפוי.
3. אשור מצה"ל על שירות במסגרת קדם צבאית או שירות של"ת לאחר החיול.
4. אשור על דחיית השירות הצבאי עקב לימוד בעתודה.
5. אשור על דחיית השירות הצבאי עקב שירות בהתנדבות.

תובעים אחרים

יש להוסיף המחאה מבוטלת או אישור מהבנק על פרטי בעלי החשבון



طلب مخصصات لمعالين من قبل مصاب حادث عمل حسب قانون التأمين الوطني – تأمين مصابي العمل شرح وتعليمات لتعبئة وتقديم النموذج

استحقاق مخصصات معالين

يستحق مخصصات المعالين (مخصصات او منحة) , بشروط خاصة, أفراد عائلة المؤمن في تأمين مصابي العمل (عامل أجير او مستقل) توفي في اعقاب إصابة في العمل (حادث عمل او مرض بسبب العمل).
أفراد العائلة الذين يستحقون المخصصات هم أرملة وابناء المؤمنة, وفي شروط خاصة – الوالدان, الاخوة او الجدّة الذين كان المؤمن يعيلهم.

تقديم الطلب

- ◆ يجب تقديم طلب لمخصصات معالين الى مؤسسة التأمين الوطني أبكر ما يمكن, بحيث لا يتأخر عن 12 شهراً من يوم الوفاة.
- ◆ تقديم الطلب في موعد متأخر قد يمس بالاستحقاق للمخصصات بكاملها او قسم منها.
- ◆ يجب تقديم الطلب في فرع التأمين الوطني في منطقة سكن مقدمة الطلب.
- ◆ يمكن ارسال الطلب بالبريد.
- ◆ وفقاً لقانون التأمين الوطني, الشخص الذي أدى الى دفع مخصصات ليست وفقاً للقانون بالغش او عن معرفة من خلال إخفاء معطيات او تقديم تفاصيل كاذبة, معرض لعقوبة السجن والغرامة.

الوثائق التي يجب ارفاقها للطلب

ارمل

1. تصريح عن مدخولات أرمل ليس معه ولد وهو غير قادر على إعالة نفسه.
2. شهادة طبية عن الوضع الصحي للأرمل, غير القادر على إعالة نفسه, وليس معه ولد.

ارملة

1. شهادة طبية لارملة حامل تشمل تصريحاً عن شهر الحمل.
2. شهادة طبية عن الوضع الصحي لأرملة غير قادرة على إعالة نفسها ولم تبلغ سن 50 عاماً وليس معها اولاد.

اولاد

1. تصريح من المدرسة عن تعليم ولد في سن 18-20 عاماً, او تصريح من المؤسسات التي حددت كأطر للخدمة الوطنية عن خدمة فتاة في سن 18-22.
2. تصريح من جيش الدفاع الاسرائيلي عن خدمة نظامية لشاب لم يبلغ سن 22 عاماً بعد, مع تسجيل موعد بداية الخدمة والموعّد المتوقّع لإنتهائها.
3. تصريح من جيش الدفاع الاسرائيلي عن خدمة في إطار ما قبل الجيش او خدمة وطنية بعد الخدمة العسكرية.
4. تصريح عن تأجيل الخدمة العسكرية بسبب التعليم العالي.
5. تصريح عن تأجيل الخدمة العسكرية بسبب الخدمة التطوعية.

مقدمو طلب آخرون

1. شهادة طبية عن الوضع الصحي للأبوين, الأخوة\الاخوات, او الجدّة للمتوفى, وغير القادرين على إعالة انفسهم.
2. تصريح عن مدخولات من العمل او من مصادر أخرى.

يجب إرفاق شيك ملغي او تصريح من البنك عن تفاصيل أصحاب الحساب



המוסד לביטוח לאומי
مؤسسة التأمين الوطني

חותמת הסניף ותאריך קבלה
ختم الفرع وتاريخ الاستلام

מס' זהות / رقم الهوية									
סוג									
דפים / المسمار					המסמך / نوع الوثيقة				
صفحات									

תביעה לתשלום גמלה לתלויים בנפגע עבודה
על פי חוק הביטוח הלאומי - ביטוח נפגעי עבודה
طلب مخصصات لمعالين من قبل مصاب حادث عمل
حسب قانون التأمين الوطني - تأمين مصابي العمل

א. פרטי המנוח
أ. تفاصيل المرحوم

שם משפחה / اسم العائلة		שם פרטי / الاسم الشخصي		מספר זהות / رقم الهوية ס"ב / الإضافي							
תאריך לידה / تاريخ الولادة		מין / الجنس זכר / ذكر נקבה / أنثى		מטנדר / متطوع עצמאי / مستقل שכיר / أجير							
התלויים בנפגע: / المعالون من قبل المصاب: אשה / الزوجة ילדים / الأولاد הורים / الوالدان אחרים / آخرون		מעמד אישי בעת הפגיעה: / الحالة الاجتماعية عند الإصابة: נשוי / متزوج גרורש / مطلق רווק / أعزب ידוע בציבור / معروف للجمهور אחר / آخر		תאריך הפגיעה / تاريخ الإصابة יום בשבוע / اليوم بالاسبوع שעה / الساعة		תאריך הפטירה / تاريخ الوفاة שעת הפטירה / ساعة الوفاة					
רחוב / الشارع		מספר בית / رقم البيت		כניסה / المدخل		דירה / الشقة		יישוב / البلدة		מיקוד / الرمز البريدي	

ב. פרטי מקום עבודת המנוח בעת הפגיעה
ب. تفاصيل مكان عمل المتوفى عند الإصابة

שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה عزמאי - שם, טלפון וכתובת העסק מתנדב - שם הגוף ששלח לפעולת ההתנדבות	
אגיר - שם, هاتف ועنوان مكان العمل מستقل - שם, هاتف ועنوان المصلحة التجارية מתطوع - שם الهيئة التي ارسلته للتطوع	

ג. פרטי הפגיעה
ج. تفاصيل الإصابة

תאור מלא של הפגיעה, נסיבותיה וגורמיה, בציון הציוד והמכשירים שגרמו לפגיעה (אם המקום אינו מספיק - נא לצרף גליון נוסף).
وصف كامل للإصابة, ظروفها ومسبباتها, مع ذكر المعدات والأجهزة التي أدت إلى الإصابة (إن لم تكن مساحة الكتابة كافية – الرجاء إرفاق سجل اضافي)

הכתובת בה ארעה הפגיעה (במפעל, בדרך וכו')
العنوان الذي حدثت فيه الإصابة (في المصنع, في الطريق وما شابه)

ד. קבלת טיפול רפואי
د. تلقي العلاج الطبي

שם הרופא או השירות הרפואי שטיפלו במנוח בעת הפגיעה
اسم الطبيب او الخدمة الطبية التي اعتنت بالمنوفى عند الإصابة

תאריך קבלת הטיפול לראשונה
تاريخ تلقي العلاج الأولي

שם בית החולים בו אושפז
اسم المستشفى الذي مكث فيه

שם קופת החולים בה היה חבר
اسم صندوق المرضى المؤمن به

שם המרפאה והרופא המטפל
اسم العيادة والطبيب المعالج

ה. פרטים משלימים
ה. تفاصيل مكملة

שמות העדים לפגיעה
اسماء الشهود على الاصابة

☐ לא נכחו עדים
لم يكن شهود

☐ כן נכחו עדים
نعم هناك شهود

שם ☐ כתובת ☐
الاسم العنوان

מכר ☐ אחר ☐
شخص معروف آخر

חבר לעבודה ☐
زميل في العمل

שם ☐ כתובת ☐
الاسم العنوان

מכר ☐ אחר ☐
شخص معروف آخر

חבר לעבודה ☐
زميل في العمل

תחנת המשטרה שחקרה את המקרה
مركز الشرطة الذي حقق في الحادث

האם המנוח קיבל קיצבה מהמוסד לביטוח לאומי ☐ כן - ציין איזו קצבה ☐ לא
هل حصل المتوفي على مخصصات من التأمين الوطني نعم - اذكر نوع المخصصات لا

האם הוגשה או תוגש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה ☐ כן - ציין את שם הנתבע ושם עורך הדין
هل قدمت او ستقدم دعوى للتعويضات اضرار عن الحادث نعم- اذكر اسم المدعى عليه واسم المحامي

הנתבע: ☐ עו"ד ☐
المدعى عليه المحامي

☐ לא
لا

האם התובע קיבל או עתיד לקבל תשלום בקשר לפגיעה מגורם אחר ☐ כן (פרט)
هل المدعى تلقى او سيتلقى اي دفع متعلق بالاصابة من مصدر اخر نعم (فصل)

☐ לא
لا

ו. פרטי האלמן/ה
و. تفاصيل الارمل/ة

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية ס"ב א"א
רחוב الشارع	מספר בית رقم البيت	מספר דירה رقم الدار
מספר טלפון رقم الهاتف	מספר טלפון נייד رقم الهاتف الخليوي	כתובת דואר אלקטרוני عنوان البريد الالكتروني
תאריך לידה تاريخ الولادة	תאריך נישואין تاريخ الزواج	עיסוק: ☐ שכיר ☐ עצמאי ☐ العمل اجير مستقل
מקבל קיצבה מהמוסד يحصل على مخصصات من المؤسسة	כן, ציין סוג הקיצבה ☐ לא نعم, اذكر نوع المخصصات لا	לא עובד ☐ لا يعمل

ז. פרטי ילדים - אם המקום אינו מספיק נא לצרף גליון נוסף
ז. تفاصيل الاولاد- إن لم تكن مساحة الكتابة كافية الرجاء ارفاق سجل اضافي

4	3	2	1	
				מס' זהות رقم الهوية
				שם משפחה اسم العائلة
				שם פרטי الاسم الشخصي
				תאריך לידה تاريخ الولادة
				מין الجنس
				יחס הקרבה לנפגע القربى للمصاب
				מוסד לימודי או סוג שירות* مؤسسة تعليمية او نوع الخدمة

* לילד מעל גיל 18 - כולל : שירות בצה"ל / קד"צ / עתודה / שירות לאומי / שירות בהתנדבות
 ללדלד פוק גיל 18 – שכול : פדמה פי גייל הדפוע / פדמה דאמה /פלעם / פדמה ופניה / פדמה פופועיה.

ח.מקום תשלום ח.מקום الدفع

שמות בעלי החשבון أسماء أصحاب الحساب			
שם הבנק اسم البنك	שם הסניף/כתובתו اسم الفرع ١ عنوانه	מספר הסניף رقم الحساب	מספר החשבון رقم الحساب

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון.

אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך החשבון, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום כלשהו בטעות, או שלא כדין, וכן ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים כאמור.

אנו השותפים לחשבון, מתחייבים להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, עבור מקבל הגמלה.

أتعهد بتبليغ مؤسسة التأمين الوطني عن أي تغيير على الشركاء في الحساب و/أو الممولين بالتصرف في الحساب, والتأكد من توقيعهم على نموذج تحديث الحساب.

أوافق على أن يقدم البنك لمؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها تفاصيل الشركاء في الحساب والممولين بالتصرف فيه من حين لآخر, سواء خلال فترة استحقاق المخصصات أو بعدها.

أوافق أن يعيد البنك إلى مؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها مبالغ من الحساب, إذا كانت المؤسسة قد أودعت في الحساب مبلغاً بالخطأ أو ليس وفقاً للقانون, وكذلك أن يعطي المؤسسة تفاصيل الذين سحبوا المبالغ المذكورة.

نحن الشركاء في الحساب, نلتزم بصرف مبالغ المخصصات التي ستودع في الحساب, لمتلقي المخصصات.

תאריך _____ חתימת השותפים לחשבון _____
التاريخ _____ توقيع الشركاء للحساب

אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו על-ידי בתביעתי זו הינם נכונים. ידוע לי כי מתן פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק והנני תובע גמלת תלויים כחוק.

أصرح بأن جميع التفاصيل التي قدمتها في هذا الطلب صحيحة. أعرف أن تقديم تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء تفاصيل يعتبر مخالفة للقانون وأنا أطلب مخصصات معالين وفقاً للقانون.

תאריך _____ חתימת התובע _____
التاريخ _____ توقيع المدعي

אם התביעה לא חתומה בידי התובע, נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו.

אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהות.

إن لم يكن الطلب موقعاً من قبل مقدم الطلب, الرجاء ذكر سبب ذلك, اسم الشخص الموقع, عنوانه ورقم بطاقة هويته. إذا تم التوقيع على الطلب بواسطة بصمة إصبع, الرجاء ذكر اسم الشاهد على التوقيع ورقم هويته.

ט. פרטים על תלויים אחרים בנפגע

ط. تفاصيل معالين آخرين من قبل المصاب

4	3	2	1	מס' זהות رقم الهوية
				שם משפחה اسم العائلة
				שם פרטי الاسم الشخصي
				תאריך לידה تاريخ الميلاد
				מין الجنس
				יחס הקרבה לנפגע القربى للمصاب
				כתובת מלאה العنوان الكامل
				מקום העבודה مكان العمل
				הכנסה חודשית מעבודה * וממקורות אחרים دخل شهري من العمل* ومصادر أخرى
				הכנסה מותמיכת המנוח دخل من دعم المرحوم
				האם מקבל קיצבה מהמוסד هل يحصل على مخصصات من المؤسسة
				האם גר בדירת המנוח, ציין ממתן هل يسكن في شقة المرحوم, اذكر منذ متى

* אם אינו עובד ציין הסיבה

إذا لم يكن يعمل اذكر السبب

י. מקום תשלום (כאשר יש תלויים אחרים בנפגע)
ي. مكان الدفع (عند وجود معالين آخرين من قبل المصاب)

שמות בעלי החשבון أسماء أصحاب الحساب			
שם הבנק اسم البنك	שם הסניף/כתובתו اسم الفرع / عنوانه	מספר הסניף מספר החשבון رقم الفرع رقم الحساب	

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של השותפים לחשבון ו/או מיופי כוח בחשבון, ולדאוג להחתימים על טופס עדכון חשבון.

אני מסכים שהבנק ימסור למוסד לביטוח לאומי לפי בקשתו את פרטי השותפים לחשבון ומיופי הכוח מעת לעת, בין במהלך תקופת הזכאות לגמלה ובין אחריה.

אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך החשבון, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום כלשהו בטעות, או שלא כדין, וכן ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים כאמור.

אנו השותפים לחשבון, מתחייבים להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו לחשבון, עבור מקבל הגמלה.

أتعهد بتبليغ مؤسسة التأمين الوطني عن اي تغيير على الشركاء في الحساب و\او المخولين بالتصرف في الحساب, والتأكد من توقيعهم على نموذج تحديث الحساب.

أوافق على ان يقدم البنك لمؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها تفاصيل الشركاء في الحساب والمخولين بالتصرف فيه من حين لآخر, سواء خلال فترة استحقاق المخصصات او بعدها.

أوافق ان يعيد البنك الى مؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها مبالغ من الحساب, اذا كانت المؤسسة قد اودعت في الحساب مبلغاً بالخطأ او ليس وفقاً للقانون, وكذلك ان يعطي المؤسسة تفاصيل الذين سحبوا المبالغ المذكورة.

نحن الشركاء في الحساب, نلتزم بصرف مبالغ المخصصات التي ستودع في الحساب, لمتلقي المخصصات.

תאריך _____ חתימת השותפים לחשבון _____
 التاريخ _____ توقيع الشركاء للحساب

אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו על-ידי בתביעתי זו הינם נכונים. ידוע לי כי מתן פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק והנני תובע גמלת תלויים כחוק.

أصرح بأن جميع التفاصيل التي قدمتها في هذا الطلب صحيحة. أعرف ان تقديم تفاصيل غير صحيحة او اخفاء تفاصيل يعتبر مخالفة للقانون وأنا أطلب مخصصات معالين وفقاً للقانون

תאריך _____ חתימת התובע/ים _____
 التاريخ _____ توقيع المدعون

אם התביעה לא חתומה בידי התובע, נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו.

אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

إن لم يكن الطلب موقعاً من قبل مقدم الطلب, الرجاء ذكر سبب ذلك, اسم الشخص الموقع, عنوانه ورقم بطاقة هويته. إذا تم التوقيع على الطلب بواسطة بصمة إصبع, الرجاء ذكر اسم الشاهد على التوقيع ورقم هويته.

**למילוי ע"י המעביד (אם המנוח היה עובד שכיר)
 للتعينة من قبل صاحب العمل (إذا كان المتوفى أجيراً)**

שם המנוח _____ ת.ז. _____
 اسم المتوفى رقم الهوية

שם המפעל/המעביד (כתובת מלאה) _____
 اسم المصنع/ صاحب العمل(العنوان الكامل)

מס' תיק מעביד במוסד לביטוח לאומי _____
 رقم ملف صاحب العمل في مؤسسة التأمين الوطني

**א. פרטי שכר
 1. تفاصيل الاجر**

יש לפרט את פרטי השכר בחודש הפגיעה ובשלושת החודשים שקדמו לפגיעה.
 يجب تسجيل تفاصيل الاجر خلال شهر الاصابة والاشهر الثلاثة التي سبقت الاصابة

בפרטי השכר יש לכלול את כל רכיבי השכר. את התוספות החד-פעמיות או המענקים ששולמו יש לפרט בטור נפרד.
 في تفاصيل الاجر يجب شمل جميع مركبات الاجر . يجب تفصيل الاضافات الاستثنائية او المنح التي دفعت في عمود منفصل.

חודש الشهر	מס' הימים עבורם שולם השכר عدد الايام مدفوعة الاجر	סכום ברוטו לחודש זה المبلغ لهذا الشهر قبل خصم الضريبة	תוספת חד-פעמית או מענק שנכללו בשכר ברוטו اضافات استثنائية או منحة شملت في الاجر قبل خصم الضريبة שם התשלום اسم الدفعة
		סכום المبلغ	ל תקופה الفترة

מס' ימי עבודה בשבוע במפעל _____
 عدد ايام العمل الاسبوعية في المصنع

המנוח היה עובד _____
 المرحوم كان يعمل

☐ חודשי ☐ יומי ☐ חלקי
 شهري يومي جزئي

תאריך התחלת העסקת המנוח במפעל/מקום העבודה _____
 تاريخ بدا العمل في المصنع / مكان العمل

המנוח נעדר מהעבודה בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה מהסיבה _____
 المرحوم تغيب عن العمل في الاشهر الثلاثة التي سبقت الإصابة بسبب

בתאריכים _____
 في التواريخ

ב. תאונה שארעה מחוץ למפעל / מקום העבודה
ב. الحادث جرى خارج المصنع / مكان العمل

1. תאונה שארעה מחוץ למפעל תוך כדי עבודה:

حادث جرى خارج المصنع أثناء القيام بالعمل

מקום הפגיעה _____
מקום الإصابة

המקום בו היה על המנוח לעבוד או בו עבד ביום התאונה _____
المكان الذي كان على المرحوم العمل به او عمل به أثناء الحادث

האם המנוח הועסק דרך קבע מחוץ למפעל ☐ לא ☐ ☐ כן בדרי"כ מועסק ב _____
هل عمل المرحوم بشكل عام خارج المصنع لا نعم , بشكل عام عمل ب

האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה ☐ לא ☐ ☐ כן שמם _____
هل تواجد عمال اخرون أثناء الحادث لا نعم أسمائهم

2. תאונה בדרך לעבודה
الحادث في الطريق للعمل

באיזו שעה המנוח היה אמור להתחיל בעבודה _____ איזו משמרת _____
في أي ساعة كان من المفروض ان يبدأ المرحوم عمله اية وردية

3. תאונה בדרך לבית
حادث أثناء العودة للبيت

באיזו שעה סיים את העבודה _____ האם סיים בשעה הקבועה ☐ כן ☐ לא ☐
في أي ساعة انتهى عمله هل انتهى في الساعة المحددة نعم لا

הסיבה לעזיבה המוקדמת _____
السبب في انهيته قبل الموعد

האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש? ☐ כן ☐ לא ☐
هل السيارة التي شاركت في الحادث بملكية صاحب العمل او باستخدامه? نعم لا

ג. האם המקרה נחקר ע"י הפקוח על העבודה ☐ כן ☐ לא ☐
ج. هل حقق في الحادث من قبل مراقب العمل نعم لا

הצהרת המעביד
تصريح صاحب العمل

אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שנמסרו על-ידינו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו פרט ל:

(נא לפרט את ההסתגויות - אם ישנן - לגבי הפגיעה) _____

نحن الموقعون ادناه نصرح بأن التفاصيل التي قدمناها في نموذج الطلب صحيحة وفقاً لمعلوماتنا , ما عدا :
(الرجاء تفصيل التحفظات – إن وجدت – بالنسبة للإصابة)

אנו מאשרים כי המנוח הועסק כעובד במפעל / מקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה.

نؤكد ان المرحوم كان يشتغل عاملاً في المصنع / مكان العمل عند الإصابة بالعمل.

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת _____
تاريخ وظيفة الموقع اسم الموقع التوقيع والختم