



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי פעולות איבה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

פיצול

מס' זהות / דרכון

סוג
המסמך

דפים

דרישה והצהרת מעסיק

לכבוד:
פקיד תביעות
מחלקת נפגעי פעולות איבה
סניף _____

1 פרטי העסק

שם המעסיק		מס' תיק ניכויים	
פרטי חשבון בנק (יש לצרף אסמכתא מהבנק לאימות פרטי חשבון הבנק)			
שם הבנק	שם הסניף/כתובת	מס' סניף	מס' חשבון
כתובת			
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
מיקוד		ישוב	

2 פרטי הנפגע

שם משפחה	שם פרטי	מין זכר ☐ נקבה ☐	תאריך הפגיעה ____/____/____	מספר זהות ס"ב ____
טלפון של איש קשר				
אנו מאשרים שהעובד נעדר מעבודתו ושולם לו שכר בתקופות המפורטות מטה:				
מתאריך		עד תאריך		

3 הצהרה

אנו מאשרים כי העובד נעדר מעבודתו בשל אי כושר לעבודה כתוצאה מפגיעת האיבה בתאריכים שפורטו לעיל. שכר עבודה עבור ימים אלו שולם על ידינו.

☐ בעבור התקופות שפורטו לעיל **לא התקבל** תשלום ממשרד האוצר כ"פיצוי מלחמה" עבור עובד זה.

☐ בעבור התקופות שפורטו לעיל **התקבל** תשלום ממשרד האוצר כ"פיצוי מלחמה" עבור עובד זה, כמפורט בדף המיועד לכך בדף האחרון בטופס.

ידוע לנו כי החזר השכר יעשה על פי ממוצע השכר הרגיל של הנפגע 3 חודשים טרם הזדקקותו לתגמול. במידה ושולם שכר על חשבון ימי מחלה או חופשה העובד יזוכה עם קבלת הדרישה להחזר מביטוח לאומי. אנו מבקשים החזר בעבור סכומים ששולמו על ידינו לטובת הנפגע עבור הטבות סוציאליות בתקופת האי כושר לעבודה. הננו מצהירים שנתוני השכר ונתוני ההעברות בגין התנאים הסוציאליים שמפורטים מטה הינם על פי תלושי השכר של העובד בתקופות היעדרותו מהעבודה. (מצ"ב תלושי השכר לתקופות הללו).

את סכום הדרישה יש להעביר לפקודת _____ לפי פרטי החשבון הרשומים לעיל.

תאריך: _____ שם מלא ותפקיד בחברה: _____ חתימה וחותמת **X** _____

פרטי הנפגע

שם משפחה		שם פרטי		מין ☐ זכר ☐ נקבה		תאריך הפגיעה ____/____/____		מספר זהות ס"ב 	
חודש	שכר ברוטו	סכום	בטל"א	ק. פנסיה	ק. פיצויים	ק. השת"ל	אחר		
		ב - ₪							
		ב- %							
		ב - ₪							
		ב- %							
		ב - ₪							
		ב- %							
		ב - ₪							
		ב- %							

סכומים ששולמו כ"פיצוי מלחמה"

פרוט סכומים ששולמו כ"פיצוי מלחמה" , בעבור התקופות המפורטות

[illegible]