



נספח ג': הצהרת עובד על סיום ימי זכאות לקבלת תשלום דמי פגיעה

1. אני הח"מ מצהיר ומתחייב בזה:

א. שם מלא:

ב. ת.ז.:

2.

א. בתאריך:

ב. ארעה לי תאונה אשר ביקשתי מהמוסד לביטוח לאומי להכיר בה כתאונת עבודה.

3.

א. ידוע לי כי ביום:

ב. יסתיימו 91 ימי הזכאות האפשריים לקבלת תשלום דמי פגיעה.

4. ידוע לי כי בתום התקופה האמורה, לא אהיה זכאי לתשלום שכר ממערכת הביטחון וכי לא

יופרשו עבורי ניכויים למבטחים.

5. לאור האמור, ומאחר ומצבי הרפואי אינו מאפשר לי לשוב לעבודה, הנני מבקש לקבל שכר

מאת מערכת הביטחון על חשבון ימי המחלה העומדים לזכותי.

6. יש לצרף תעודת מחלה ואישור רופא תעסוקה.

7. ולראייה באתי על החתום:

א. תאריך:

ב. חתימה: