

**תאריך קבלת הטופס בקופה**

|     |      |     |
|-----|------|-----|
| שנה | חודש | יום |
|     |      |     |



**בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה**

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד  
טופס זה אינו משמש תביעה לדמי פגיעה. על מנת להגיש תביעה לדמי פגיעה יש  
למלא טופס בל/211 הקיים באתר האינטרנט.

**1 פרטי המעסיק**

|                               |                  |                                       |
|-------------------------------|------------------|---------------------------------------|
| שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד | מספר תיק ניכויים | טלפון קווי                            |
| סקובר תל אביב בע"מ            | 936260967        | 1   7   0   0   7   0   1   0   1   1 |
| רחוב / תא דואר                | מס' בית          | ישוב                                  |
| דרך מנחם בגין                 | 144              | תל אביב יפו                           |
|                               | מיקוד            | טלפון פקס                             |
|                               | 6492102          |                                       |

לכבוד קופת חולים / בית חולים \_\_\_\_\_ נא להגיש עזרה רפואית לי: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר

**2 פרטי התובע**

|          |          |                                                                          |                                   |
|----------|----------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| שם משפחה | שם פרטי  | מין                                                                      | מספר זהות / דרכון                 |
| הימן     | שלי עמית | זכר <input checked="" type="checkbox"/><br>נקבה <input type="checkbox"/> | 3   2   4   1   9   4   0   4   2 |

**3 פרטי התאונה**

|                                                                                                                                                                                                                                |               |            |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|--------|
| נפגע בתאריך                                                                                                                                                                                                                    | בשעה          | כאשר עבד ב | שליחות |
| 1   8   0   8   2   0   2   3                                                                                                                                                                                                  | 1   7   1   5 | סוג העבודה |        |
| מקום התאונה: <input type="checkbox"/> במפעל <input checked="" type="checkbox"/> ת. דרכים בעבודה <input type="checkbox"/> ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה <input type="checkbox"/> תאונה בדרך ללא רכב <input type="checkbox"/> אחר |               |            |        |
| כתובת מקום התאונה                                                                                                                                                                                                              |               |            |        |
| תל אביב                                                                                                                                                                                                                        |               |            |        |
| תיאור התאונה לאחר תחקיר ראשוני: השליח רכב על אופניו בכביש כשרכב אופנוע נכנס בו מאחור ופגע בו בעוצמה וגרם לנפילתו                                                                                                               |               |            |        |
| האיבר שנפגע ראש, פנים, יד ורגל ימין                                                                                                                                                                                            |               |            |        |

**4 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 \_\_\_\_\_

*דנה שקד*

סקובר תל אביב בע"מ  
ח.פ. 515934099

תאריך 20/08/2023 תפקיד החותם מנהל משאבי אנוש שם החותם דנה שקד חתימה וחותמת

## מעסיק נכבד

עובד שנפגע בעבודתו (גם אם הפגיעה אירעה בדרכו הישירה לעבודה וממנה), זכאי לטיפול רפואי על חשבון הביטוח הלאומי.

כדי לקבל טיפול זה עליך, כמעביד, לציידו בטופס המצורף. הטופס צריך להחתם על ידי המעביד או בא כוח המוסמך, ויימסר רק לעובדים שנפגעו בעבודה. אין למסור טופס זה במקרים של מחלה רגילה או לאנשים שאינם עובדים במפעלך.

### מסירת טופס שלא כדין תחייב אותך בתשלום תמורת הטיפול הרפואי.

עליך למלא בדיוקנות את כל הפרטים שבטופס ובמיוחד להקפיד על מילוי נכון של מספר הזהות של העובד, מספר תיק מעסיק, תאריך ושעת התאונה ושם קופת החולים בה הוא חבר.

מצויד בטופס יפנה הנפגע לשם קבלת הטיפול הרפואי לקופת חולים בה הינו חבר (שירותי בריאות כללית, קופ"ח לאומית, קופ"ח מאוחדת, מכבי שירותי בריאות).

רק במקרה של צורך דחוף ולשם הגשת עזרה ראשונה בלבד, מותר להפנות את הנפגע לחדר מיון או לרופא הקרוב. המשך הטיפול הרפואי יינתן אך ורק על ידי השירות הרפואי אשר יחזיר לנפגע את הוצאותיו בעד הטיפול הראשון.

אין מחזירים הוצאות בעד כל טיפול נוסף שניתן על ידי שירות רפואי לא מוסמך.

לא יוחזרו הוצאות טיפול רפואי פרטי.

טופס זה אינו מהווה אישור הכרה בתאונה כפגיעה בעבודה, ההחלטה אם התאונה הינה תאונת עבודה היא בידי המוסד לביטוח לאומי.