

תאריך קבלת הטופס בקופה

שנה	חודש	יום

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה



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 211/בל הקיים באתר האינטרנט".

פרטי המעסיק

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד

טלפון קווי

מספר תיק ביכויים

טלפון פקס

מיקוד

יישוב

מס' בית

רחוב / תא דואר

לכבוד קופת חולים / בית חולים נרתי

נא להגיש עזרה רפואית ל: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר

פרטי החובע

שם משפחה

שם פרטי

מין

מספר זהות / דרכון

ס"ב

זכר ☒

נקבה ☐

308001783

כתובת

רחוב / תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

יישוב

מיקוד

טלפון קווי

טלפון נייד

7567016

הושע לביא

0502802611

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל

פרטי התאונה

נפגע בתאריך

בשעה

08/12

07051919

שנה חודש יום

כאשר עבד ב מחלקת בנין

סוג העבודה

מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר

כתובת מקום התאונה

קרית גת 3. שדרת ציון ושאחית אהל

תיאור התאונה: בזמן נסיעה ישר, ירכב צל ל הצגה צל ששל (שהתעקב הנגדי) ופגע ב'.

האיבר שנפגע

צוהר גב, כתף ימין, כירך שמאל

שם המאשר ותפקידו

תאריך

חתימה וחותמת המעסיק *

למילוי ע"י המוסד הרפואי

☐ הנפגע חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית
☐ הנפגע אינו חבר בקופת חולים
☐ מהות התאונה (אבחנות רפואיות):