



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה

תאריך קבלת הטופס בקופה

2022	08	09
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.

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד		מספר תיק ניכ"ם		טלפון קווי
ע"פ שמואל		925243958		103634513113
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון פקס
				103634513114

לכבוד קופת חולים / בית חולים לוי
נא להגיש עזרה רפואית ל- ☐ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון ס"ב
אחיהל	דן	☒ זכר ☐ נקבה	31111115364

נפגע בתאריך	שנה	חודש	יום	בשעה	כאשר עבד ב	סוג העבודה
2022	08	09	08	10:00	לשכת	
מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר						
כתובת מקום התאונה						
תיאור התאונה						
האיבר שנפגע						

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

תאריך 9/8/22 תפקיד החותם אוריאל חתימה אוריאל חתימה אוריאל

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לתשים ולגברים כאחד