

עמוד 1 מתוך 2

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 בל/211 הקיים באתר האינטרנט.

פרטי המעסיק			
שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי	בית חולים בילינסון
	924345507		
רחוב / תא דואר	מס' בית	ישוב	מיקוד
ד'ביטנסקי	100	פתח תקווה	טלפון פקס

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

פרטי התובע			
שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
מאיר	ליטל	זכר ☐ נקבה ☒	3 0 8 2 3 7 3 9 5

פרטי התאונה			
נפגע בתאריך	בשעה	כאשר עבד ב	ערך ריק
0 4 0 9 2 0 2 3	0 4 0 4 10	סוג העבודה	
שנה	חודש		
מקום התאונה: ☐ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☒ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר			
כתובת מקום התאונה			
בית חולים בילינסון			
תיאור התאונה			
ביציאה מהרכב למדרכה, מעידה וסיבוב הקרסול בשולי המדרכה. נפילה על הרצפה וקריאה לעזרה לרכב שחנה ממול (סיגל ס ער - מכון רדיותרפיה), המאבטח שמע את הקריאות וצילם את כרטיס העובד בזמן המתנה במיון. בזמן קריאות לעזרה נכחו (יעל שטרן, חנה זילברמן, רוי בראלי ומיסם) סיגל עזרה לי להגיע למכון רדיותרפיה רגלית, ומשום נלקחי ע"י סניטר על כיסא גלגלים למיון אורתופדי. בוצעו צילומי רנטגן ואבחנה ראשונית ע"י רופא במיון.			
קראסול			

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	
תיאור התאונה הינו לדברי העובד/ת	
תאריך 06/09/2023 תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה _____	

ענוד גרין
רנטגן רפואי
מכון רדיותרפיה
מ.ר. רבין
במיון בילינסון

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

בל 250 (06.2020)

עמוד 2 מתוך 2