

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.

1 פרטי המעסיק

1

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד		מספר תיק ניכויים		טלפון קווי	
רדיו אף.אם. השפלה בע"מ		326283508		03.9639982	
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון פקס	
סדרה	33	חיפה			

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

2 פרטי התובע

2

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון ס"ב
ישי	3851	זכר ☒ נקבה ☐	0829582287

3 פרטי התאונה

3

נפגע בתאריך	בשעה	כאשר עבד ב	סוג העבודה
19.05.2024	14:30	דרכי עבד ב	דרכי עבד ב
מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר			
כתובת מקום התאונה			
סדרה חיפה			
תיאור התאונה			
תאונת דרכים קצרה על קוניה רח' סדרה חיפה			
מקום הפגיעה ציר 33 חיפה			
האיבר שנפגע			
3 צמות, סקבלה 2 חליות צוואר, אכ, ריז מרפק, גבאים תחושת ריזים, וזרזים פנימיים.			

4 הצהרת המעסיק

4

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 24/5/24 תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחתימת _____ רדיו אף.אם. השפלה בע"מ

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד