

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.

שם פרטי המעסיק		שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	
א. ד. ק. י. כ. ז. נ.		א. ד. ק. י. כ. ז. נ.	
מספר תיק ניכויים	טלפון קווי	מספר זהות / דרכון	טלפון פקס
943286716	054 7645361	208463463	
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד
האריז 7	21	ת. א.	6473921

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

שם פרטי	שם משפחה	מין	מספר זהות / דרכון
שרון	כהן	זכר ☐ נקבה ☒	208463463

פרטי התאונה	נפגע בתאריך	בשעה	כאשר עבד ב	בדרך לעבודה
02/07/2024	09:00	09:00	סוג העבודה	
מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר				
כתובת מקום התאונה				
תיאור התאונה				
דרכי לעבודה, החלקתי כתוצאה מלכלוך שהיה על המדרכה ואני מעדתי ונחבלתי				
האיבר שנפגע				
רגל וקרסול ימין, אגן, גב, לחץ וחוסר שקט				

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			
תאריך	תפקיד החותם	שם החותם	חתימה וחותמת
15/7/24	סג'ם ניטל	ד. ז. ז. ז.	

AppDome LTD.
I.D. 514663723

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד