

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 |
|----------------|---------|-------------------------------|-------|------------------|-----------|------------|
| רחוב / תא דואר | מס' בית | יישוב                         | מיקוד | טלפון פקס        |           |            |
| ככמח           | 20      | כאמח                          |       | 2450054          | 212084903 |            |

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

|            |  |         |  |                                                                          |  |                   |  |
|------------|--|---------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--|
| פרטי התובט |  | שם פרטי |  | מין                                                                      |  | מספר זהות / דרכון |  |
| שם משפחה   |  | שם פרטי |  | <input checked="" type="checkbox"/> זכר<br><input type="checkbox"/> נקבה |  | ס"ב<br>028820884  |  |
| שם משפחה   |  | שם פרטי |  | <input checked="" type="checkbox"/> זכר<br><input type="checkbox"/> נקבה |  | ס"ב<br>028820884  |  |

פרטי התאונה 3

|                                                                                   |                                                                         |                                                                     |                                                                      |                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| נפגע בתאריך<br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">16/13/16</div> | בשעה<br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">07:08</div> | שנה<br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">08</div> | חודש<br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">07</div> | יום<br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">16</div> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|

☒ מקום התאונה: ☐ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר \_\_\_\_\_  
 כתובת מקום התאונה  
 תיאור התאונה  
 חסיק

האיבר שנפגע \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

מאיה בן זקו  
מזכירת משפטי אנוש  
חברת החוות לבטוח וסדר ציבורי  
תאריך: 15/8/24 תפקיד החותם: מזכיר שם החותם: מאיה בן זקו

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד