



דף 1 מתוך 2

תיק:
322699901-60-01
י"ח בכסלו, תשפ"ה
19 בדצמבר 2024

611-132-202

לכבוד
יואל אלחנן כהן
שטינשניידר 6
תל אביב - יפו 6732982


מספר תיק: 32269990-1
תאריך פגיעה: 06/08/2024

אדון נכבד,

הנדון: תביעה לתשלום דמי פגיעה

אנו מטפלים בתביעתך לתשלום דמי פגיעה.
המסמכים שצירפת אינם מאפשרים קבלת החלטה.
כדי שנוכל לקבל החלטה, יש צורך בנוסף במסמכים ובנתונים הבאים:

- נא לצרף העתק ביטוח חובה של הרכב בו נסעת בעת הפגיעה בציון מספר רישוי, שם חברת הביטוח ומספר הפוליסה.
- אישור מעסיק חתום בחתימה וחותמת לגבי הפרטים הבאים:
באיזה מעמד התקבל לעבודה? חודשי או יומי? ובאיזה היקף משרה? (יש לציין באחוזים).
אם חודשי- מה השכר שנקבע לו ברוטו לחודש עבודה רגיל ומלא ללא תוספות?
אם יומי- מה השכר שנקבע לו ברוטו ליום/ שעה וכמה ימים סוכם?
אבקש הסבר חתום בחתימה וחותמת המעסיק לעניין:
שעות עבודתך בדרך כלל וביום האירוע? באם לא סיימת לעבוד בשעה הקבועה נא לציין הסיבה.
- מאין לאן הלכת בעת הפגיעה? נא לציין כתובות מדויקות.
האם היית בדרך הישירה ממקום עבודתך לביתך?

נא להשלים את הפרטים החסרים, לצרף את המסמכים החסרים, ולהחזיר את הטופס בהקדם האפשרי על מנת שנוכל לטפל בתביעה.

לנוחותך, ניתן לשלוח את המסמכים באמצעות אתר הביטוח הלאומי.

בכבוד רב

פקיד תביעות
המוסד לביטוח לאומי



BTL.GOV.IL



טל: 6050* או 1-222-6050
פקס: 03-6250222
שעות מענה:
ראשון עד חמישי 08:00 עד 17:00

סניף תל אביב
יצחק שדה 17

תל אביב - יפו 6777517

קבלת קהל: ראשון, שלישי, חמישי 8:30 עד 13:00



דף 2 מתוך 2

העתק:
עו"ד אריאל פרייברג