



דף 1 מתוך 2

תיק:
313289282-60-01
ז' בשבט, תשפ"ה
05 בפברואר 2025

631-017-092

לכבוד
הודיה חג'מי
הוז דב 8
אור יהודה 6020808


מספר תיק: 31328928-2
תאריך פגיעה: 09/09/2024

גברת נכבדה,

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 להמציא את הסיכום ביקור המלא מקופת החולים מתאריך 09/09/2024 לשם פנית לראשונה לטיפול לטיפול רפואי לאחר הפגיעה.
- האם הוגשה תביעה לעירייה בגין התאונה הנידונה? במידה וכן יש להמציא העתק מהתביעה.
- דוח נוכחות לחודש 09/2024.
- אישור מהמעסיק המפרט מה היה לו"ז יום עבודתך בליווי ההסעות ביום הפגיעה, יש לציין את כל הכתובות שבהן ליווית תלמידים ומהי הכתובת האחרונה שבה סיימת את עבודתך טרם הפגיעה.
- כמו כן, אישור המפרט מדוע בחודש 08/24 לא עבדת?
על המעסיק לציין מהו גובה השכר שהיה משולם לך אילו עבדת באופן מלא (ללא מרכיבים משתנים כגון: הבראה וביגוד) לחודשים: 06-09/2024.
- נא למלא את השאלון המצורף.
- טופס 100 לשנת 2024 חתום ע"י המעסיק.

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



313289282-60-01 בל-1872

BTL.GOV.IL



טל: 6050* או 1-222-6050
פקס: 03-6720103
שעות מענה:
ראשון עד חמישי 08:00 עד 17:00

סניף רמת גן

חשמונאים 15

רמת גן 5248284

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

דף 2 מתוך 2

העתק:
עיריית אור יהודה