



תאריך קבלת הטופס בקופה

תאריך קבלת הטופס בקופה	מספר טופסים
יום	1
חודש	1
שנה	1

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
ח'א'ת'ק' מ'ר' ג'ה =				935237073		1016185031
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון פקס		
בין יוסף הנשיא	6	חוקן		9179181561		

לא להגיש עזרה רפואית ל: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר ☐ אחר _____

לכתוב: קופת חולים / בית חולים _____

פרטי התובע שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
9,000,000 ₪	אריאל	זכר ☐ נקבה ☒	77519963

פרטי התאונה 3

נפגע בתאריך 15/06/2011 בשעה 16:00 כאשר עבד ב מסלול סוג העבודה מסלול

מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר _____

כתובת מקום התאונה _____

4 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 18.2.25 תפקיד החותם מנהל סניף שם החותם נאום מוסר חתימה וחותמת X גל
לב זהב שירותי סניף

טופס זה ממסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

לב זהב שירותי סיעוד ורווחה (ע"ר)
מוסייב נטליה
מנחלת שלוחת חולון בת ים