

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.

פרטי המעסיק

1

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד

מספר תיק ניכויים

טלפון קווי

משלח ישראלי

943006130

רחוב / תא דואר

מס' בית

יישוב

מיקוד

טלפון פקס

דיר אק

1

ירושלים

פרטי התובע

2

שם משפחה

שם פרטי

מין

מספר זהות / דרכון

פייטלר

אדם'

זכר ☒נקבה ☐

ס"ב

313243602

פרטי התאונה

3

נפגע בתאריך

בשעה

11350

כאשר עבד ב

שוג העבודה

מקום התאונה:

כתובת מקום התאונה

תיאור התאונה

האיבר שנפגע

3 ימין, אגף

הצהרת המעסיק

4

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

x

חתימה וחותמת

שם החותם

תפקיד החותם

תאריך

תימור שחר, רפ"ק
ק' אמ"ש מרחב דן

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

