

**משטרת ישראל**

To		אל
Fax No	+0773180983	מס' פקס
Date & Time	30-04-2025 13:39:45	תאריך ושעה
Pages	3	עמודים
From	רכז תנועה מרחב דן	מאת
Fax No	+036803718	מס' פקס
Tel No	+03 6104447	מס' טלפון
Re	FW:	בנושא

איילת פיינברג סמרה, רס"ב

רכזת תנועה מרחב דן

[cid:image001.jpg@01D8AA63.E10A4320]

תאריך קבלת הטופס בקופה

שנה	חודש	יום

המוסד הביטוח 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.

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד		מספר תיק ניכויים		טלפון קווי
מ.ש.ל. י.ש.ל.		943006130		
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון פקס
ד.ר. א.א.	1	י.ש.ל.		

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

שם משפחה	שם פרטי	מין ☒ זכר ☐ נקבה	מספר זהות / דרכון ס"ב
פ.י.ש.ל.	ע.ר.א.		3113243602

נפגע בתאריך	בשעה	כאשר עבד ב	סוג העבודה
20/03/2025	11:30	ש.ל.י.ש.ל.	מ.ש.ל. י.ש.ל.
מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר			
כתובת מקום התאונה			
רחוב ש.ל.י.ש.ל. - פ.י.ש.ל. ד.ר. א.א.			
תיאור התאונה: איש ח.ל.י.ש.ל. נפגע מרכב פ.י.ש.ל.			
האיבר שנפגע: 3 ימין, בשרית, ב.א.א. נג.י.ש.ל.			

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: 30/3/25 שם החותם: חתומה וחותרת * שם החותם: חתומה וחותרת * תפקיד החותם:

תימור שחר, רפ"ק
ק"א מ"ש מרחב דן

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

משרת ישראל
30-03-2025
אמ"ש מרחב דן