

עמוד 1 מתוך 2

תאריך מתן האישור		
שנה	חודש	יום
24	11	2024

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

פרטי המעסיק

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי
אל על	925082471	03-9716111
רחוב / תא דואר	יישוב	מיקוד
ת.ד. 41	נתב"ג, לוד	7015001
מס' בית	טלפון פקס	
	0114042576	

לכבוד קופת חולים / בית חולים

נא להגיש עזרה רפואית ל: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר

שים לב: הטופס אינו מיועד למילוי ע"י שוטר, סוהר או עובד משרד הביטחון

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
רזניץ	רוחל	נ	1410412576
כתובת	רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה
סמנר	10		
טלפון קווי	טלפון נייד	דירה	יישוב
	0		גליל-ק"מ
			מיקוד
			0533334831

פרטי התאונה

נפגע בתאריך	בשעה	כאשר עבד ב
21/11/2024	19:30	מקרה פנימי מטוס
שנה	חודש	יום
24	11	2024

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

כתובת מקום התאונה: ת.ד. 41 נתב"ג.

תיאור התאונה לדברי העובד/עובדת: קצין אחרת מאל, הייתי בטנדר (החבטתי) למישהו חניך ונפגעתי באיבר רפואי בשיטת באמצע מאחורי רגליי מנה ביד מניפה של נכנסת ופיקה הימני של הרכב, יש לי כאבים ברגליים

אריאלה טולדנו גונן

צוות קרקע

מינהל תשלומים ושכר

אגף משאבי אנוש

אל על נתיבי אויר לישראל בע"מ

תפקידו במפעל/מפעל: מפקד

שם המאשר: אריאלה טולדנו

למילוי ע"י המוסד הרפואי

☐ הנפגע חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית

☐ הנפגע אינו חבר בקופת חולים

☐ מהות התאונה (אבחנות רפואיות):



דף 1 מתוך 1

לכבוד

רוסודן רות רוז'ני

הנביאים 33

בת ים 5967404



641-004-031

תיק:

14042576-60-02

ח' בכסלו, תשפ"ה

09 בדצמבר 2024

מספר תיק: 01404257-6

תאריך פגיעה: 21/11/2024

גברת נכבדה

הנדון: תביעה לתשלום דמי פגיעה לתאונה מ- 21/11/2024

אנו מביאים לידיעתך כי תביעתך לתשלום דמי פגיעה בגין תאונה שארעה לך בתאריך 21/11/2024 הוכרה כתאונת עבודה.

לידיעתך, על פי התיקון לחוק הביטוח הלאומי, סעיף 94 (1) (א), מעבידך, אשר מורשה לשלם לעובדיו דמי פגיעה בשם המוסד, חייב בתשלום דמי הפגיעה בעבור שנים עשר הימים הראשונים שבהם מגיעים לך דמי פגיעה.

בהתאם לחוק, על מעסיקך לשלם לך דמי פגיעה בעבור התקופה: **30/11/2024 - 22/11/2024**

כמו כן אתה זכאי לתשלום שכר בעבור יום הפגיעה.

מכתב זה הוא אישור למעסיקך שהתאונה הנ"ל הינה תאונת עבודה כמשמעותה בחוק הביטוח הלאומי, המזכה אותך בתשלום דמי פגיעה על ידי המעסיק.

אין לזקוף את תקופת דמי הפגיעה על חשבון ימי המחלה העומדים לזכותך.

- קצבת נכות מהעבודה • באפשרותך להגיש תביעה לקצבת נכות מעבודה תוך 12 חודשים ממועד ההכרה בפגיעתך (09/12/2024), באמצעות אתר הביטוח לאומי או בסניף הקרוב לביתך.
- הגשת התביעה לאחר 12 חודשים עלולה לפגוע בתקופת הזכאות לתשלום (לפי סעיף 296 ו/או סעיף 107 לחוק הביטוח הלאומי).
- אחרי הגשת התביעה יישלח אליך זימון לוועדה רפואית שתקבע אם הפגיעה הותירה נכות שעבודה תהיה זכאות לקצבה.
- אפשר לקבל ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא עלות במרכז "יד מכוונת", *2496 או באתר האינטרנט.

בכבוד רב

פקיד תביעות

המוסד לביטוח לאומי



BTL.GOV.IL

טל: *6050 או 1-222-6050

פקס: 08-9777317

שעות מענה:

ראשון עד חמישי 08:00 עד 17:00

סניף רמלה

דני מס 9

רמלה 7210002

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