

תאריך קבלת הטופס בקופה

יום חודש שנה

המוסד לביטוח לאומי

מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה



מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס

פרטי המעסיק										1
שם המעסיק/המפעל/הקבוצה/המעביד					מספר תיק ניכויים					טלפון קווי
המספר 926525429					המספר 926525429					טלפון פקס
רחוב / תא דואר		מס' בית		יישוב		מיקוד				
מ.א. ק.נ. 3		2		רחובות						

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

שם משפחה		שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
קייזר		קטרה	נקה ☒	2122756 ס"ב
כתובת				
רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה
אהרוןסן שרה		18		בת מקוה יישוב מיקוד
טלפון קווי		טלפון נייד		
		6904637050		

פרטי התאונה

3

נפגע בתאריך 29/06/2015 בשעה 16:00

כאשר עבד ב צהרון ז' יום חודש שנה

סוג העבודה

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

כתובת מקום התאונה

12 סנאט, וילא 2, קניית אול

תיאור התאונה

סלע העליונה, שיחקה עם המכונית עם הלפנים
שהיא קאה חלום וסב קאלה שם זה רש
והיא נפלה.

האיבר שנפגע

שגרי קאן

שם המאשר ותפקידו אור מילכה ת. שגר תאריך 10/07/25 חתימה וחותמת המעסיק

חתימת הנפגע

החלטות מועצה

514174077 9.0

4

למילוי ע"י המוסד הרפואי

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

☐ הנפגע אינו חבר בקופת חולים

☐ מהות התאונה (אבחנות רפואיות):

5141/4077 2.0

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד