

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		שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	
מספר תיק ניכויים		שם המעביד	
טלפון קווי		מס' בית	
טלפון פקס		רחוב / תא דואר	
מיקוד		ישוב	
מס' פקד		שם המעביד	

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

פרטי התובע		שם פרטי	
שם משפחה		שם פרטי	
מספר זהות / דרכון		מין	
ט"ב		זכר ☒ נקבה ☐	
שם המעביד		שם פרטי	

פרטי התאונה		שם פרטי	
נפגע בתאריך		שם פרטי	
כאשר עבד ב		שם פרטי	
סוג העבודה		שם פרטי	
תאריך התאונה		שם פרטי	
מקום התאונה:		שם פרטי	
כתובת מקום התאונה		שם פרטי	
תיאור התאונה		שם פרטי	
האירוע שנגרם		שם פרטי	

הצהרת המעסיק		שם פרטי	
אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו נכונים לפי מיטב ידיעתנו.		שם פרטי	
אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.		שם פרטי	
אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן		שם פרטי	
חתימה וחתימת		שם פרטי	
חתימה וחתימת		שם פרטי	
חתימה וחתימת		שם פרטי	

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד