

עמוד 1 מתוך 2

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.

1 פרטי המעסיק

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכיים	טלפון קווי
כ"ס"ס לוינס סמ"ל	935813485	847799954
רחוב / תא דואר	יישוב	טלפון פקס
הכרמל	תל אביב	
מס' בית	מיקוד	
30		

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

2 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
סנל	איתן	☒ זכר ☐ נקבה	662664002

3 פרטי התאונה

נפגע בתאריך	בשעה	כאשר עבד ב	סוג העבודה
23/05/2020	15:00	ברק	אחזקת
מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר _____			
כתובת מקום התאונה			
תיאור התאונה			
רמ"ב החל"ה, גני ברק אחזקת חומה, כדור אצבע היה א הרכים נתפס שם והוא החליק עם האספסוף			
האיבר שנפגע			
תל ימין, זכר ויד			

4 הצהרת המעסיק

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 _____
והאני _____

PHILIP MORRIS LTD
HABARZEL 30, TEL AVIV
I.D. 543866483

חתימה וחותמת

י"ס כחן

שם החותם

לואי אלון

תאריך 23/5/20

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד