

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

1

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד		מספר תיק ניכויים		טלפון קווי	
מנהל חלום לאבולו		510485261			
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון פקס	
מנהל - 20	50	תל אביב			

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

2 פרטי התובע

2

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
רחל	יהונתן	זכר ☒ נקבה ☐	21783162

3 פרטי התאונה

3

נפגע בתאריך	בשעה	כאשר עבד ב	סוג העבודה
04/08/25	07:22		
מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר _____			
כתובת מקום התאונה _____			
תיאור התאונה אנף שבה פגת כריס 4 כרום במשך המסע לאנף ביקר, אלון מתיק עם אפנון			
האיבר שנפגע שטחים ואנו ופסל ל"ר, תל"ה			

4 הצהרת המעסיק

4

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 05/08/25 תפקיד החותם _____ שם החותם _____

דוד לוי
מנהל תפעול
אחר מסירת רכב חדש
מאז חודש למכונות ומשאיות בע"מ

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד