

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 ניכויים | טלפון קווי |
| מאיר חלמה סמבטיון ואסל'ה ל"ה  | 510485261        |            |
| רחוב / תא דואר                | מיקוד            | טלפון פקס  |
| האס"ר                         | 50               |            |
| מס' בית                       | יישוב            |            |
|                               | תל-אביב          |            |

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

**2 פרטי התובט**

|          |         |                                                                       |                   |
|----------|---------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|
| שם משפחה | שם פרטי | מין                                                                   | מספר זהות / דרכון |
| כהן      | יהונתן  | זכר <input checked="" type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> | 21783162          |

**3 פרטי התאונה**

|             |       |            |            |
|-------------|-------|------------|------------|
| נפגע בתאריך | בשעה  | כאשר עבד ב | סוג העבודה |
| 22/05/25    | 16:00 | האס"ר      |            |
| שנה         | חודש  | יום        |            |
| 25          | 05    | 22         |            |

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

כתובת מקום התאונה \_\_\_\_\_

תיאור התאונה: יהונתן עבדן מאיר חלמה סמבטיון ואסל'ה ל"ה, כי בחלחית 22/05/25 לסל"ה  
הוא נפל מ-16 מ' גובה למקל בחלחית לסל"ה ואסל'ה חלחית  
וקיבל מכה בראש ופצע ביד ימין.

האיבר שנפגע \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

תאריך 25/05/25 תפקיד החותם \_\_\_\_\_

חתימה וחוקמת אסל'ה ☒ דוד לוי מנהל תפעול אתר מסקרה מאיר חלמה סמבטיון ואסל'ה ל"ה שם המעביד מאיר חלמה סמבטיון ואסל'ה ל"ה מאיר חלמה סמבטיון ואסל'ה ל"ה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד