

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	
צריית רמת אן	939000188	03-7316272	
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד
ביאליק	77	רמת אן	טלפון פקס

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

2 פרטי התובט			
שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
מנצ'ר	הילה	נקבה	300019023

3 פרטי התאונה			
נפגע בתאריך	שעה	כאשר עבד ב	הכתיבה בין 2 ילדים שדה
18/09/2025	11:00	סוג העבודה	
מקום התאונה: ☒ במפעל ☐ ת דרכים בעבודה ☐ ת דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר כתובת מקום התאונה רמת אן שפ 1 - פי"ס אורט אבין			

תיאור החאווה
 לטענת הצוהרת במהלך העבודה התפתחה אלימות בין 2 ילדים מסיכנת " וכאשר הילה ניסתה
 להפריד ביניהם היא נחבלה מהמכות שלהם. כתוצאה מהמכות סובלת מחבלה וכאבים בכל צד ימין
 כשרט במרכז ימין, שורש כף יד ימין, וכתף ימין. שבר כף יד ימין. הצטיל נתלש לה מאוזן ימין, וירד
 האיבר שנפגע כל האוזן
 מה נק מהאזן. יומיים אחרי כניסתה לבית חולים הועברו לה כלבס וזרועותיה וקווי
 ואחרי שבועיים אף הועברו לה כלבס וזרועותיה וקווי
 שלמה שבר כף יד ימין, וכתף ימין, וירד

4 הצהרת המעסיק			
אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו מוכרי ידיעתנו.			
אנו מאשרים כי התובע הועסק על ידנו כעובד בזמן הפגיעה בעבודה.			
אם יש לך הסתייגות בעניין הפגיעה, יש לפרט כאן	תאריך	תפקיד החותם	שם החותם
	02/11/2025	מנהל	חתימה וחותמת X