

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
יזם חברה מילרס בע"מ	935881367	077-6048241
רחוב / תא דואר	מיקוד	טלפון פקס
מס בית	ישוב	
סנקרין	קא	077-6048158
6713412		

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

2 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון ס"ב
כהן	חן	☒ זכר ☐ נקבה	2 0 1 0 4 8 4 5 1

3 פרטי התאונה

נפגע בתאריך 6/1/2025 בשעה 16:45 כאשר עבד ב צירק הבקיה סוג העבודה _____

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

תזכורת מקום התאונה

תיאור התאונה

הזיה כמנהל צעדים, הזנח רכב וזרם אלקטרוני.

האיבר שנפגע

מספר הצו, רש"צ י"א, מרפאת אברכים.

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 14/01/2025 תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת _____

סיגל איפרגן
חשבת שכר

סיגל איפרגן
חשבת שכר

מסמך זה הופק באמצעות מערכת "הר-גל"
פתרונות שכר, משאבי אנוש ונוכחות

הר-גל
שכר, נוכחות
ומשאבי אנוש

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד