

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.

פרטי המעסיק		שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	נביוס טכנולוגיות בע"מ
מספר תיק ניכיים	טלפון קווי	מס' בית	רחוב / תא דואר
9 5 2 5 1 3 5 9 6			גאל אלון 94, אלון 1
מיקוד	טלפון פקס	יישוב	

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

פרטי התובע		שם פרטי	שם משפחה
מספר זהות / דרכון	מין	ילנה	דבורקין
3 1 4 5 3 9 2 2 2	זכר ☐ נקבה ☒		

פרטי התאונה		נפגע בתאריך	שעה
כאשר עבד ב	16/01/2025	07	01
מקום התאונה:	כתובת מקום התאונה	תיאור התאונה	
☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר _____	כביש 471, סניף צומת (תחנה)	נפילה בדרך הביתה מאוטו	
האיבר שנפגע		זרוע ימנית	

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	03/09/2025
תפקיד החותם	Irena Ganopolsky Senior Payroll Accountant
חתימה וחוקמת	נביוס טכנולוגיות בע"מ 514679224

מסמך זה הופק באמצעות מערכת "הר-גל"
פירוטות שכי, משאבי אנוש ונוכחות

הר-גל
סניף נוכחות
ומשאבי אנוש



טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

בל/250 (06.2020)

מעסיק נכבד

עובד שנפגע בעבודתו (גם אם הפגיעה אירעה בדרכו הישירה לעבודה וממנה), זכאי לטיפול רפואי על חשבון הביטוח הלאומי.

כדי לקבל טיפול זה עליך, כמעביד, לציידו בטופס המצורף. הטופס צריך להחתם על ידי המעביד או בא כוח המוסמך, ויימסר רק לעובדים שנפגעו בעבודה. אין למסור טופס זה במקרים של מחלה רגילה או לאנשים שאינם עובדים במפעלך.

מסירת טופס שלא כדיון תחייב אותך בתשלום תמורת הטיפול הרפואי.

עליך למלא בדיוקנות את כל הפרטים שבטופס ובמיוחד להקפיד על מילוי נכון של מספר הזהות של העובד, מספר תיק מעסיק, תאריך ושעת התאונה ושם קופת החולים בה הוא חבר.

מצויד בטופס יפנה הנפגע לשם קבלת הטיפול הרפואי לקופת חולים בה הינו חבר (שירותי בריאות כללית, קופ"ח לאומית, קופ"ח מאוחדת, מכבי שירותי בריאות).

רק במקרה של צורך דחוף ולשם הגשת עזרה ראשונה בלבד, מותר להפנות את הנפגע לחדר מיון או לרופא הקרוב. המשך הטיפול הרפואי יינתן אך ורק על ידי השירות הרפואי אשר יחזיר לנפגע את הוצאותיו בעד הטיפול הראשון.

אין מחזירים הוצאות בעד כל טיפול נוסף שניתן על ידי שירות רפואי לא מוסמך.

לא יוחזרו הוצאות טיפול רפואי פרטי.

טופס זה אינו מהווה אישור הכרה בתאונה כפגיעה בעבודה, ההחלטה אם התאונה הינה תאונת עבודה היא בידי המוסד לביטוח לאומי.





המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
מעסיקים

לשימוש									
פנימי									
בלבד									
(פריקה)									
מס' זהות									
סוג									
דפים המסמך									
16									

פירוט שנתי של השכר וניכויי דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות לעובד

03/09/2025

תאריך הדפסה

1 פרטי המעסיק:

שם המעסיק	נביס טכנולוגיות בע"מ
מס' תיק ניכויים	9 5 2 5 1 3 5 9 6

2 פרטי העובד:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
דבורקין	ילנה	3 1 4 5 3 9 2 2 2

2025

3 פירוט שכר וניכויי דמי ביטוח ודמי ביטוח בריאות לשנת

פירוט הבסיס* (חודש/ ימים/שעות)	בסיס שכר חודש/ימים / שעות	אחוז המשרה	סה"כ ניכויים ביטוח לאומי וביטוח בריאות	ניכוי דמי ביטוח בריאות	ניכוי דמי ביטוח לאומי	ברוטו לביטוח לאומי	חודש
25		100	2282	1075	1207	23649	ינואר 01/25
25		100	2129	1011	1118	22377	פברואר 02/25
25		100	2129	1011	1118	22374	מרץ 03/25
25		100	2211	1046	1165	23049	אפריל 04/25
25		100	2093	996	1097	22083	מאי 05/25
25		100	2091	995	1096	22066	יוני 06/25
25		100	2662	1238	1425	26758	יולי 07/25
22		100	1967	942	1025	21043	אוגוסט 08/25
25		100	1627	798	829	18252	ספטמבר 09/25
							אוקטובר
							נובמבר
							דצמבר

4 הצהרה

- המעסיק מצהיר כי תשלומים נוספים לשכר (כגון: הבראה, ביגוד ותשלומים חד פעמיים) והפרשי תשלומים מיוחדים בהתאמה לשכר החודשי החייב בדמי ביטוח.
- המוסד לביטוח לאומי, שומר לעצמו את הזכות לבדוק בעתיד את ההכנסות ואת הניכויים עפ"י טופס 126 בהתאמה לדיווח בטופס זה.

* מספר ימים/שעות- נתון המסכם את סה"כ ימים/שעות העבודה בחודש כולל ימי שבת ופגרים

524679774

חתימה וחותמת המעסיק

שם בית התוכנה/לשכת השירות