

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	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי	1
מחלקת-קמ"ר בארבעה נ"ל	941901076	08 9284020	
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד
3 חמק רמת	1	חמק	7030000
טלפון פקס			
08 9208711			

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

פרטי התובע	
שם משפחה	שם פרטי
ק"י	קיו"א
מין	מספר זהות / דרכון
☒ זכר ☐ נקבה	322037912

פרטי התאונה	
נפגע בתאריך	בשעה
08 05 2024	07 24
שנה	חודש
יום	סוג העבודה
07	כאשר עבד ב
08	סוג העבודה
מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר	
כתובת מקום התאונה	
כ"ש ופ"א אנון מצד סמך אנ"י האשיות	
תיאור התאונה	
אצתי תלפז. סמך נסע היתה לאור משתה אלה בהסדה מלח	
היה, נהג ההסדה לא הוצית אפוא נפסד כרכ מלח, וסמך כשנה	
אומנוי כרכ סנסא ימי והפליטה נפסד קמך למל, ים גחון (פוא)	
האיבר שנפגע	
זק, למל, ים גחון, פוא	

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	
הל אצמי חמק	
תאריך	שם החותם
4/5/24	חתימה וחותמת
תפקיד החותם	חתימה וחותמת
	חתימה וחותמת

מוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
החלק לטיפול
בנפגעי עבודה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד