

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

1

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי
נ/ל ח"י ב"א	93623991	0523116464
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב
נ/ל ח"י	110	ח-א-ג
מיקוד	טלפון פקס	

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

פרטי התורע

2

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
א. כהן	אזרח	זכר ☒ נקבה ☐	5344112

פרטי התאונה

3

נפגע בתאריך	בשעה	כאשר עבד ב	סוג העבודה
26/03/08	18:30	מסלולים	
שנה	חודש	יום	
08	03	26	
מקום התאונה: ☒ במפעל ☒ דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר			
כתובת מקום התאונה			
תיאור התאונה			
האיבר שנפגע			

נפגע אצל ח-א-ג
פצע כחול, שחין, חתך הקיר
האיבר שנפגע: רגל ימין, קרסול, מפרק וז, שית, גיד

הצהרת המעסיק

4

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

חתימה וחותם מעביד
515875055

איכ"ר

שם החותם

תפקיד החותם

תאריך

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד