



דף 1 מתוך 1

תיק:  
315118364-60-04  
ג' בסיון, תשפ"ו  
19 במאי 2026

460-106-000

לכבוד  
קורל חזן  
פורת 48  
פורת 4582000  


מספר תיק: 31511836-4  
תאריך פגיעה: 12/02/2026

גברת נכבדה,

### הנדון: תביעה לתשלום דמי פגיעה

אנו מטפלים בתביעתך לתשלום דמי פגיעה.  
המסמכים שצירפת אינם מאפשרים קבלת החלטה.  
כדי שנוכל לקבל החלטה, יש צורך בנוסף במסמכים ובנתונים הבאים:

• נא המציאי סיכום ביקור מהטיפול הרפואי הראשון אותו קיבלת בעקבות הפגיעה ובסמוך לה

נא להשלים את הפרטים החסרים, לצרף את המסמכים החסרים, ולהחזיר את הטופס בהקדם  
האפשרי על מנת שנוכל לטפל בתביעה.

לנוחיותך, ניתן לשלוח את המסמכים באמצעות אתר הביטוח הלאומי.  
לשליחת המסמכים ישירות לפקיד התביעות - לחץ על [הקישור](#) או סרוק את הברקוד



בכבוד רב

פקיד תביעות  
הביטוח הלאומי



BTL.GOV.IL



טל: 6050\* או 1-222-6050  
פקס: 09-8602737  
שעות מענה:  
ראשון עד חמישי 08:00 עד 17:00

סניף נתניה  
הרצל-ליד הקניון 68  
נתניה 4239226  
קבלת קהל: ראשון, שלישי, חמישי 8:30 עד 13:00

