



דף 1 מתוך 1

תיק:
214522641-61-01
י"ב באדר, תשפ"ו
01 במרץ 2026

810-315-000

לכבוד
שיר בוהניק
תלמי אליהו 135
תלמי אליהו 8545200


מספר תיק: 21452264-1
תאריך פגיעה: 16/10/2025

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:

- יש להמיר את אישורי המחלה לתעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה.
- מצ"ב טופס הצהרה בדבר תקופת היעדרותך מהעבודה אותו יש למלא.
- דו"ח משטרה לעניין תאונת הדרכים.
- פרטי ביטוח החובה של רכבך.
- במידה ופונית לבית החולים על ידי אמבולנס, יש להמציא לידינו את דו"ח הפארמדיק של מד"א.
- דו"ח מיון קריא וברור.
- נא פרטי מאין ואין היית בדרכך בעת התאונה? יש להמציא לידינו אסמכתא על עבודתך ביום התאונה.

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: 08-6295358
שעות מענה:
ראשון עד חמישי 08:00 עד 17:00



סניף באר שבע
וולפסון 6

באר שבע 8410501

קבלת קהל: ראשון, שלישי, חמישי 8:30 עד 13:00





דף 1 מתוך 2

תיק:
214522641-61-01
י"ב באדר, תשפ"ו
01 במרץ 2026

810-315-000

לכבוד
שיר בוהניק
תלמי אליהו 135
תלמי אליהו 8545200


מספר תיק: 21452264-1
תאריך פגיעה: 16/10/2025

גברת נכבדה,

הנדון: פגיעה בעבודה מתאריך 16/10/2025

כדי להבטיח טיפול מהיר בתביעתך, נבקשך להשלים את הפרטים הבאים, ולהחזיר את הטופס תוך 21 יום.

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: 08-6295358
שעות מענה:
ראשון עד חמישי 08:00 עד 17:00

סניף באר שבע
וולפסון 6



באר שבע 8410501
קבלת קהל: ראשון, שלישי, חמישי 8:30 עד 13:00



דף 2 מתוך 2

לכבוד:

המוסד לביטוח לאומי
סניף באר שבע
מחלקת נפגעי עבודה

מספר תיק: 21452264-1

הצהרה

אני גברת שיר בוהניק מספר ת.ז. 214522641

נפגעתי בעבודה בתאריך 16/10/2025 ומצהירה בזאת:

שעות עבודתי הרגילות לפני הפגיעה היו משעה _____ עד שעה _____
מתאריך ____/____/____ עד תאריך ____/____/____ לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה.
מתאריך ____/____/____ עד תאריך ____/____/____ עבדתי _____ שעות בכל יום.
מתאריך ____/____/____ עד תאריך ____/____/____ עבדתי _____ שעות בכל יום.
בתאריך ____/____/____ חזרתי לעבודה מלאה.

שימי לב:

יש להתייחס לכל האפשרויות המתאימות.

תאריך: ____/____/____ חתימה: _____