

דף 1 מתוך 1

תיק:
28615367-61-01
י"ז בתמוז, תשפ"ו
02 ביולי 2026

563-035-032

לכבוד
ויטל לוז
הח"ל 20 דירה 13
רמת גן 5266520


מספר תיק: 02861536-7
תאריך פגיעה: 10/05/2026

אדון נכבד,

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:

1. נא להמציא סליל מוגה של המונית מיום הפגיעה ובסמוך לשעת הפגיעה.
2. נא להמציא דוח קריאות מתחנת מוניות/אפליקציית הזמנת מונית (כגון: גט טקס/ינגו וכד') מיום הפגיעה לרבות את הנסיעה שאותה ביצעת בזמן הפגיעה.
3. נא להמציא כל אסמכתא המעידה על עבודתך ביום הפגיעה ובסמוך לשעת הפגיעה.
4. נא למלא את טופס הצהרת היעדרות המצ"ב.
5. דוח משטרה עם כל פרטי האירוע.
6. תעודת ביטוח החובה של המונית.

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: 03-6720103
שעות מענה:
ראשון עד חמישי 08:00 עד 17:00

סניף רמת גן
חשמונאים 15
רמת גן 5248284
קבלת קהל: ראשון, שלישי, חמישי 8:30 עד 13:00



דף 1 מתוך 2

תיק:
28615367-61-01
י"ז בתמוז, תשפ"ו
02 ביולי 2026

563-035-032

לכבוד
ויטל לז
החיל 20 דירה 13
רמת גן 5266520



מספר תיק: 02861536-7
תאריך פגיעה: 10/05/2026

אדון נכבד,

הנדון: פגיעה בעבודה מתאריך 10/05/2026

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: 03-6720103

שעות מענה:

ראשון עד חמישי 08:00 עד 17:00

סניף רמת גן

חשמונאים 15

רמת גן 5248284

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



דף 2 מתוך 2

מספר תיק: 02861536-7

לכבוד:
המוסד לביטוח לאומי
סניף רמת גן
מחלקת נפגעי עבודה

הצהרה

אני מר ויטל לוז מספר ת.ז. 28615367
נפגעת בעבודה בתאריך 10/05/2026 ומצהיר 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.

שים לב:
יש להתייחס לכל האפשרויות המתאימות.
תאריך: ____/____/____ חתימה: _____