

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.

1 פרטי המעסיק

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים	טלפון קווי
ע"מ תת תהוה	924000318	
רחוב / תא דואר	מס' בית	טלפון פקס
כ"ה תת"ה	1	

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

2 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
זהיר	נרי	זכר ☒ נקבה ☐	034136945

3 פרטי התאונה

נפגע בתאריך _____ בשעה _____

כאשר עבד ב _____ סוג העבודה _____

מקום התאונה: ☐ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☒ אחר _____

כתובת מקום התאונה _____

תיאור התאונה _____

האיבר שנפגע _____

4 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 _____

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____

אנוג' איגור רבינוב
מנהל אגף רישוי וקידום עסקים
לשכת מנכ"ל
מחלקת חתומים

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד