

תאריך :

לכבוד :

מספר תיק :

תאריך פגיעה :

א.ג.נ.

הנדון : תביעה לתשלום דמי פגיעה

לצורך הטיפול בתביעתך, נבקשך לענות על השאלות הבאות, ולהחזיר אלינו את הטופס תוך 21 יום.
נא הקפד/י להשיב על כל השאלות שבטופס, כדי שניתן יהיה לקבל החלטה בתביעתך בהקדם.
ללא תשובתך לא נוכל להמשיך בטיפול בתביעה.

בכבוד רב

פקיד תביעות נפגעי עבודה

לכבוד :

מספר תיק :

המוסד לביטוח לאומי

סניף :

מחלקת נפגעי עבודה

1. הפגיעה אירעה בתאריך : _____ בשעה : _____

2. תאר את עבודתך הרגילה ביום יום _____

3. תאר את עבודתך בעת הפגיעה? _____

4. תאר כיצד נגרמה הפגיעה : _____

5. במידה והפגיעה היא תוצאה של הרמת משא :

א. תאור המשא :

ב. משקל המשא היה :

ג. משקל המשא שהינך מרים בעבודה יום יום

ד. בעבודתך הרמת משא זו הינה הרמה ☐ רגילה ☐ מיוחדת, (חסבר)

6. האם חשת מיד בכאבים? ☐ כן ☐ לא, הכאבים החלו לראשונה

7. האם המשכת לעבוד אחרי הפגיעה? ☐ לא ☐ כן, המשכתי לעבוד במשך

8. מי הגיש לך עזרה רפואית ומתי?

9. מאיזה תאריך נעדרת ממקום העבודה?

10. מתי חזרת לעבודה לאחר ההיעדרות?

11. האם חזרת לעבודה ☐ מלאה ☐ חלקית, כמה שעות ליום?

12. האם לפני הפגיעה סבלת ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך?

☐ לא ☐ כן וטופלתי על ידי

13.

הצהרה:

אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בטופס זה הנם נכונים, ידוע לי כי פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק.

תאריך: ____ / ____ / ____ חתימה: _____