

סניף :
כתובת :
טלפון :


המוסד לביטוח לאומי

תאריך :

לכבוד :

מספר תיק :

תאריך פגיעה :

א.ג.נ.

הנדון: תביעה לתשלום דמי פגיעה

לצורך הטיפול בתביעה של נבקשך לענות על השאלות הבאות, ולהחזיר אלינו את הטופס
בהקדם האפשרי.

נא הקפד/י להשיב על כל השאלות שבטופס, כדי שניתן יהיה לקבל החלטה בתביעה 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. התובע נפגע בתאריך: _____ בשעה: _____

2. תאר את עבודתו הרגילה של התובע ביום _____

3. תאר את עבודת התובע בזמן הפגיעה? _____

4. תאר כיצד נגרמה הפגיעה: _____

5. במידה והפגיעה היא תוצאה של הרמת משא: _____

א. תאור המשא: _____

ב. משקל המשא היה: _____

ג. משקל המשא שהתובע מרים בעבודה יום יום: _____

ד. בעבודתו הרמת משא זה הינה הרמה ☐ רגילה ☐ מיוחדת (הסבר) _____

6. האם התובע חש מיד בכאבים? ☐ כן ☐ לא, הכאבים החלו לראשונה: _____

7. האם התובע המשיך לעבוד אחרי הפגיעה? ☐ לא ☐ כן, המשיך לעבוד במשך: _____

8. מי הגיש לתובע עזרה רפואית ומתי? _____

9. מאיזה תאריך נעדר התובע ממקום העבודה? _____

10. מתי חזר התובע לעבודה לאחר ההיעדרות? _____

11. האם התובע חזר לעבודה ☐ מלאה ☐ חלקית, כמה שעות ליום? _____

12. האם לפני הפגיעה סבל התובע ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבו? _____

☐ לא ☐ כן, וטופל 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: _____ חותמת: _____