

לכבוד:

המוסד לביטוח לאומי  
סניף  
מחלקת נפגעי עבודה

מספר תיק:

תאריך פגיעה:

1. תאריך הפגיעה: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ היום בשבוע: \_\_\_\_ שעת הפגיעה: \_\_\_\_

2. תיאור המקום בו אירעה הפגיעה: \_\_\_\_\_

3. תיאור אופן התרחשות הפגיעה: \_\_\_\_\_

4. האם פעילות הספורט התקיימה בשטח המפעל?  
☐ כן ☐ לא, הפעילות התקיימה ב: \_\_\_\_\_

5. פעילות הספורט התקיימה: ☐ במשך העבודה ☐ במשך ההפסקה ☐  
במסגרת יום ספורט

6. פעילות הספורט התקיימה משעה: \_\_\_\_ עד שעה: \_\_\_\_

7. תיאור אופי פעילות הספורט: \_\_\_\_\_

8. פעילות הספורט אורגנה על ידי: ☐ המעביד ☐ ועד העובדים ☐ אחר, \_\_\_\_\_

9. פעילות הספורט אורגנה באישור המעביד? ☐ כן ☐ לא

האם פעילות הספורט נחשבה כיום עבודה? ☐ כן ☐ לא

10. האם שולם שכר עבור אותו היום? ☐ כן ☐ לא, מכיוון \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ חותמת: \_\_\_\_\_

בל/3423 ס'