



המטות לביטוח לאומי

דמי פגיעה

טל: 04-8812345 או 6050*
פקס: 03-6250222
שעות מענה: א-ה 08:00-17:00
קבלת קהל: א-ה 08:00-12:30
זימון תור ב-8321*

שירות חדש: זימון תור 8321*

סניף: תל אביב
יצחק שדה 17
תל אביב-יפו 6777517

תיק: 058119660-60-02

לכבוד

ברוך פרי

כינור 18

מדרס חנה-כרכור 3750900

411-020-000



תיק: 058119660-60-02

כ"ט בסיון, תש"פ
21 ביוני 2020

מספר תיק: 05811966-0

תאריך פגיעה: 10/09/2019

צרכן
4 = 400
קצב

אדון נכבד,

תביעה לתשלום דמי פגיעה

אנו מטפלים בתביעתך לתשלום דמי פגיעה, נבקש להמציא לנו תוך 21 יום, את הפרטים ואת המסמכים החסרים, כמפורט להלן:

נא לצרף את המסמכים הבאים:

1. מצ"ב טופס וס"ר - נא לחתום בחתימת התובע ולהחזיר אלינו בהקדם.
2. מצ"ב העתק מטופס התביעה - נא להחתים המעסיק בחתימה וחותמת המעסיק ע"ג טופס התביעה.
3. מתי לראשונה הופיעו הנגעים? ומתי לראשונה פנית לטיפול רפואי? נא לציין תאריך.
4. נא להמציא מכתב החתום בחתימה וחותמת המעסיק בו יפורט:
 - נא לציין מה היה תפקידו - באילו שנים?
 - כמה ימים בשבוע הועסק? ומה היו שעות העבודה?
 - היכן הועסק בד"כ? האם הועסק במבנה סגור או פתוח? נא לפרט
 - נא לפרט סדר יום עבודה מלא מתחילת יום עבודה ועד סופו?
 - האם כל יום הועסק באופי המתואר לעיל?
 - האם היה מועסק בשעות עבודה קבועות?
 - כמה שעות מתוך יום עבודה מלא היה מועסק בשטח פתוח בחשיפה לשמש?
 - האם כל יום הועסק בשטח פתוח? כמה שעות נחשף לשמש בעת ביצוע תפקידו?
 - לאורך כמה שנים הועסק בשטח פתוח בחשיפה לשמש? נא לציין השנים.

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.

בכבוד רב,
טרגר אופירה
פקיד תביעות
נפגעי עבודה

העתק:
תיק חסוי
עו"ד מרקמן את טומשין

בל/197

