

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

1 פרטי המעסיק

שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכיים	טלפון קווי
רחוב / תא דואר	מס' בית	טלפון פקס
יישוב	מיקוד	

לכבוד קופת חולים / בית חולים _____
נא להגיש עזרה רפואית ל: עבד מתנדב עבד זר אחר _____

2 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון ס"ב
		זכר <input type="checkbox"/>	נקבה <input type="checkbox"/>
כתובת			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי		טלפון נייד	

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 _____

שם המאשר ותפקידו _____ תאריך _____ חתימה וחותמת המעסיק * _____

4 למילוי ע"י המוסד הרפואי

הנפגע חבר בקופת חולים כללית מאוחדת מכבי לאומית

הנפגע אינו חבר בקופת חולים

מהות התאונה (אבחנות רפואיות): _____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד