



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה

עמוד 1 מתוך 2

תאריך מתן האישור		
שנה	חודש	יום

תאריך קבלת הטופס בקופה		
שנה	חודש	יום

בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד

פרטי המעסיק		פרטי הנפגע	
שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד	מספר תיק ניכויים	שם פרטי	מספר זהות / דרכון
דואר ישראלי	94/330003	אברהם	581128422
רחוב / תא דואר	מיקוד	מס' בית	מספר זרות / דרכון
רחוב גולאריה	א"י	76	0529487895

לכבוד קופת חולים / בית חולים

נא להגיש עזרה רפואית ל: ☒ עובד ☐ מתנדב ☐ עובד זר

שים לב: הטופס אינו מיועד למילוי ע"י שוטר, סוהר או עובד משרד הביטחון

פרטי התובע		פרטי הנפגע	
שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
לריאנו	אברהם	זכר	581128422
כתובת	מס' בית	כניסה	דירה
רחוב / תא דואר	89		7
מיקוד	טלפון קווי	טלפון נייד	מיקוד
	0529487895	0529487895	

פרטי התאונה		פרטי הנפגע	
נפגע בתאריך	בשעה	כאשר עבד ב	סוג העבודה
03/04/2012	11:45	חוקר זואר	סוג העבודה
מקום התאונה:	ת. דרכים בעבודה	ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה	תאונה בדרך ללא רכב
כתובת מקום התאונה	הש"ר א"י		
תיאור התאונה	בשעה 11:45 בערך קצת לפני חוקר הזואר נקלע למכונית חשמלית ונפל על הכתף.		
שם המאשר	תפקידו במפעל	חתימה וחותמת המפעל	חברת דואר ישראל
א"ס כפ"ל	א"מ חוקר		מרחב תל אביב והמרכז

למילוי ע"י המוסד הרפואי

☐ הנפגע חבר בקופת חולים כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית
☐ הנפגע אינו חבר בקופת חולים
☐ מהות התאונה (אבחנת רפואית)