

תאריך קבלת הטופס בקופה

שנה	חודש	יום

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות - ביטוח נפגעי עבודה



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

פרטי המעסיק		שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד		מספר תיק ניכויים		טלפון קווי	
ש"ס ארבעת נה"ת אר"מ אר"מ		90220740600		מיקוד		טלפון פקס	
רחוב / תא דואר		מס' בית		יישוב		מיקוד	
ת.צ. 141		ה.נ.א. אר"מ		15148000		104 6774748 104 6774748	

לכבוד קופת חולים / בית חולים

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

שם פרטי						שם משפחה		פרטי התובע		2
מין						זכר ☒ נקבה ☐		מספר זהות / דרכון		
שם פרטי								ס"ב		
יחיא								9 4 8 2 7 3 2 3 1		
כתובת										
רחוב / תא דואר			מס' בית		כניסה		דירה		יישוב	
32			60		1		C ס ר ח		1441000	
טלפון קווי										
טלפון נייד										
1 0 5 0 3 6 8 8 7 7 1										

פרטי התאונה

נפגע בתאריך: 19/02/2018 שנה חודש יום

בשעה 15:30

כאשר עבד ב: במסל' ת

210 העבודה

מקום התאונה: ☐ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר

כתובת מקום התאונה

סכר' צ'ב' אולמ' גרפון

תיאור התאונה: כנ"ל צב' במכרמל פנ' מעל'ת יפ'ל מחלק' האזור'

שם המעל'ת נס'מ'ת חקרה: אבדק'ת

מ"מ וביוב בע"מ
514471382 פ.ח

האיבר שנפגע

שם המאשר ותפקידו: אריאל כ"ל תאריך: 20/2/2019 חתימה וחותמת המעסיק: *

למילוי ע"י המוסד הרפואי

☐ הנפגע חבר בקופת חולים ☐ כלית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית

☐ הנפגע אינו חבר בקופת חולים

☐ מהות התאונה (אבחנות רפואיות):

--	--	--	--

--	--	--	--

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד