



תאריך מתן האישור

יום חודש שנה

תאריך קבלת הטופס בקופה

יום	חודש	שנה

מעסיק וכבוד, וא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד

פרטי המעסיק		שם המעסיק/המפעל/הקיבוצ/המפעל		מספר תיק ביכ"ים		טלפון קווי	
רחוב / תא דואר		מס' בית		יישוב		מיקוד	
כפר משה							
ע"נ רחוב		905340931					
טלפון פקס		0		0		0	

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

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

מספר זהות / דרכון ס"ב 321436743		מין זכר ☒ נקבה ☐		שם פרטי איזחא אהאן		פרטי התובע שם משפחה אהאן	
מיקוד 0		יישוב 0		דירה 0		כניסה 0	
מס' בית 0		רחוב / תא דואר 0		כתובת 0		סלפון קווי 0	
סלפון נייד 0		סלפון קווי 0		כתובת 0		רחוב / תא דואר 0	

פרטי התאונה

3

נפגע בתאריך 08/06/2005 בשעה 11:11 כאשר עבד ב סוג העבודה

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

תיאור התאונה

ע. מורחבות ומסחר כלי בע"מ ח.פ. 389573

האיבר שנפגע ג'מ תפקידו במפעל חתימה וחותמת המפעל ☒ שם המאשר

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 וגברים כאחד

(03.2010: 250 77)