

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 ניכויים	טלפון קווי
רע' - מרק' (שא)	9418572	0733428225
רחוב / תא דואר	מיקוד	טלפון פקס
היכל	בנין	
מס' בית	יישוב	
4	בנין	

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

2 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מין	מספר זהות / דרכון
ח'ינ'ל	אברהם	זכר ☒ נקבה ☐	200328367
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
זכרון	55		11
טלפון קווי	טלפון נייד	יישוב	מיקוד
		בנין	
			050222982

3 פרטי התאונה

נפגע בתאריך	בשעה	כאשר עבד ב	סוג העבודה
29.11.16	16:00	בבנין	300
מקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר			
כתובת מקום התאונה			
בנין			
תיאור התאונה			
הנפגע נפל מן המדרגה והוא נפצע ברגלו הימנית			
האיבר שנפגע			
כף, זרוע, גוף ורגל			
שם המאשר ותפקידו			
מנכ"ל			
תאריך			
19.12.16			
חתימה וחותמת המפעל *			



4 למילוי ע"י המוסד הרפואי

☐ הנפגע חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית
☐ הנפגע אינו חבר בקופת חולים
☐ מהות התאונה (אבחנות רפואיות):