



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

1 פרטי המעסיק

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

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 ס"ב
		זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	
כתובת			
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	יישוב	מיקוד

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 _____ תפקידו במפעל _____ 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): _____

מעסיק נכבד

עובד שנפגע בעבודתו (גם אם הפגיעה אירעה בדרכו הישירה לעבודה וממנה), זכאי לטיפול רפואי על חשבון הביטוח הלאומי.

כדי לקבל טיפול זה עליך, כמעביד, לציידו בטופס המצורף. הטופס צריך להחתם על ידי המעביד או בא כוחו המוסמך, ויימסר רק לעובדי המפעל בנפגעו בעבודה. אין למסור טופס זה במקרים של מחלה רגילה או לאנשים שאינם עובדים במפעלך.

מסירת טופס שלא כדין תחייב אותך בתשלום תמורת הטיפול הרפואי.

עליך למלא בדיוקנות את כל הפרטים שבטופס ובמיוחד להקפיד על מילוי נכון של מספר הזהות של העובד, מספר תיק מעסיק, תאריך ושעת התאונה ושם קופת החולים בה הוא חבר.

מצויד בטופס יפנה הנפגע לשם קבלת הטיפול הרפואי לקופת חולים בה הינו חבר (שירותי בריאות כללית, קופ"ח לאומית, קופ"ח מאוחדת, מכבי שירותי בריאות).

רק במקרה של צורך דחוף ולשם הגשת עזרה ראשונה בלבד, מותר להפנות את הנפגע לחדר מיון או לרופא הקרוב. המשך הטיפול הרפואי יינתן אך ורק על ידי השירות הרפואי אשר יחזיר לנפגע את הוצאותיו בעד הטיפול הראשון. אין מחזירים הוצאות בעד כל טיפול נוסף שניתן על ידי שירות רפואי לא מוסמך.

לא יוחזרו הוצאות טיפול רפואי פרטי.

טופס זה אינו מהווה אישור הכרה בתאונה כפגיעה בעבודה, ההחלטה אם התאונה הינה תאונת עבודה היא בידי המוסד לביטוח לאומי.

הטופס אינו מיועד למילוי ע"י שוטר, סוהר או עובד משרד הביטחון.