



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

**בקשה למתן טיפול רפואי  
לנפגע עבודה**

עמוד 1 מתוך 2

<table border="1"> <tr> <td colspan="10">מס' זהות / דרכון</td> </tr> <tr> <td colspan="2">סוג</td> <td colspan="2">המסמך</td> <td colspan="2">דפים</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	מס' זהות / דרכון										סוג		המסמך		דפים						לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	<b>תאריך קבלת הטופס בקופה</b>
מס' זהות / דרכון																						
סוג		המסמך		דפים																		

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

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

2 פרטי התובע					
לכבוד קופת חולים / בית חולים _____					
שם פרטי		שם משפחה		נא להגיש עזרה רפואית ל:	
				<input type="checkbox"/> עובד <input type="checkbox"/> מתנדב <input type="checkbox"/> עובד זר	
שים לב: הטופס אינו מיועד למילוי ע"י שוטר, סוהר או עובד משרד הביטחון.					
מספר זהות / דרכון		תאריך לידה		מין	
טלפון נייד		שנה חודש יום		<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	
כתובת					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
				דירה	
טלפון קווי		טלפון נייד		יישוב	
				מיקוד	
נפגע בתאריך _____ בשעה _____ כאשר עבד ב _____					
סוג העבודה					
מקום התאונה: <input type="checkbox"/> במפעל <input type="checkbox"/> ת. דרכים בעבודה <input type="checkbox"/> ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה <input type="checkbox"/> תאונה בדרך ללא רכב <input type="checkbox"/> אחר _____					
כתובת מקום התאונה					
תאור התאונה					
האיבר שנפגע					
שם המאשר _____ תפקידו _____ חתימה וחותמת המפעל <input checked="" type="checkbox"/>					

3 למילוי ע"י המוסד הרפואי									
<input type="checkbox"/> הנפגע חבר בקופת חולים <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית									
<input type="checkbox"/> הנפגע אינו חבר בקופת חולים									
<input type="checkbox"/> מהות התאונה (אבחנות רפואיות):									
<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				

## 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 כדיון 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.