



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 ניכויים	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

שם 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												
<p>כתובת</p> <table border="1"> <tr> <td>רחוב / תא דואר</td> <td>מס' בית</td> <td>כניסה</td> <td>דירה</td> <td>יישוב</td> <td>מיקוד</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>				רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד						
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד										
טלפון קווי	טלפון נייד														

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 כוח 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.



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

בקשה למתן טיפול רפואי
לנפגע עבודה - עצמאי
אל קופ"ח/ביה"ח _____

נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מילוי הטופס

תאריך מילוי הטופס

יום	חודש	שנה
-----	------	-----

תאריך קבלת הטופס בקופה

יום	חודש	שנה
-----	------	-----

1 תאריך הפגיעה

יום	חודש	שנה
-----	------	-----

2 פרטי התובע

שם פרטי	שם משפחה
שם פרטי	שם משפחה
ת.ז.	ס"ב
ת.ז.	ס"ב
מין	תאריך לידה
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	יום חודש שנה
כתובת	
רחוב / תא דואר	מס' בית
מס' בית	כניסה
כניסה	דירה
דירה	יישוב
יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד
טלפון קווי	טלפון נייד

3 פרטי התאונה

אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי בתאריך _____ בשעה _____ כאשר עבדתי ב _____ סוג העבודה _____

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

כתובת מקום התאונה _____

נסיבות הפגיעה / תאור התאונה _____

האיבר שנפגע _____

4 הצהרה

אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד **עצמאי** וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי.

שם המבקש _____ חתימה **x** _____

5 למילוי ע"י המוסד הרפואי

הנפגע חבר בקופת חולים כללית מאוחדת מכבי לאומית

הנפגע אינו חבר בקופת חולים

מהות התאונה (אבחנות רפואיות): _____

עצמאי נכבד

- ☞ עובד עצמאי שנפגע בעבודתו (או בדרכו הישירה לעבודתו וממנה), זכאי לטיפול רפואי על חשבון הביטוח הלאומי.
- ☞ תנאי לקבלת טיפול רפואי כאמור הוא, שהינך רשום במוסד כעובד עצמאי.
- ☞ לשם קבלת הטיפול הרפואי עליך לפנות לקופת החולים בה הינך חבר (שירותי בריאות כללית, קופ"ח לאומית, קופ"ח מאוחדת, מכבי שירותי בריאות).
- ☞ רק במקרה של צורך דחוף ולשם הגשת עזרה ראשונה בלבד, מותר לפנות חדר מיון או לשירות רפואי קרוב אחר.
- ☞ המשך הטיפול הרפואי יינתן אך ורק ע"י השירות הרפואי המוסמך (קופות החולים) אשר יחזיר לך את הוצאותיך בעד הטיפול הראשוני.
- ☞ אין מחזירים הוצאות בעד כל טיפול נוסף שניתן ע"י שירות רפואי לא מוסמך.
- ☞ לא יוחזרו הוצאות טיפול רפואי פרטי
- ☞ לקבלת הטיפול הרפואי בקופת חולים עליך למלא טופס זה
- ☞ יש למלא את הטופס על כל פרטיו, ובמיוחד להקפיד על מילוי נכון של פרטיך האישיים, תאריך הפגיעה, שעת הפגיעה ושם קופת החולים בה הינך חבר.
- ☞ אין להשתמש בטופס זה במקרים של מחלה רגילה או תאונה שהתרחשה שלא במסגרת העבודה.
- ☞ **שימוש בטופס זה שלא כדין יחייב אותך בתשלום תמורת הטיפול הרפואי.**
- ☞ טופס זה אינו מהווה אישור הכרה בפגיעה הכפיעה בעבודה, וההחלטה על כך היא בידי המוסד לביטוח לאומי.
- ☞ **לתשומת לבך! מסירת פרטים לא נכונים או העלמת מידע מהווים עבירה על החוק.**