



עמוד 1 מתוך 2

תאריך מתן האישור תאריך منح التصريح			
יום	חודש	שנה	
יום	شهر	سنة	

תאריך קבלת הטופס בקופה تاريخ استقبال النموذج في الصندوق			
יום	חודש	שנה	
يوم	شهر	سنة	

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות – ביטוח נפגעי עבודה

בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

مؤسسة التأمين الوطني

مديرية المخصصات – تأمين مصابي العمل

طلب لعلاج طبي لمصاب عمل

בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

طلب لعلاج طبي لمصاب عمل

מעסיק נכבד, נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מתן הטופס לעובד
حضرة صاحب العمل المحترم، الرجاء قراءة الشرح في صفحة 2 قبل تسليم النموذج للعامل/ الموظف

פרטי המעסיק

1

טלפון קווי هاتف أرضي	מספר תיק ניכיים رقم ملف الخصم الضريبي	שם המעסיק/המפעל/הקיבוץ/המעביד اسم صاحب العمل/ المصنع/ الكيبوتس/ المشغل
טלפון פקס هاتف فاكس	מיקוד الرمز البريدي	רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد
	יישוב البلدة	מס' בית رقم البيت

לכבוד קופת חולים / בית חולים

إلى صندوق المرضى / مستشفى

נא להגיש עזרה רפואית ל:
الرجاء تقديم مساعدة طبية إلى

עובד זר
عامل أجنبي

מתנדב
متطوع

עובד
عامل/ موظف

שים לב: הטופס אינו מיועד למילוי ע"י שוטר,סוהר או עובד משרד הביטחון
انتبه : النموذج غير مُعد للتعبئة من قبل شرطي، سجان، أو موظف وزارة الدفاع

פרטי התובע

2

מספר זהות / דרכון / רישיון / ג'וואז הספר س"ב الرقم الإضافي	מין الجنس	שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة
	<input type="checkbox"/> זכר זכר <input type="checkbox"/> נקבה أنثى		
כתובת العنوان			
מיקוד الرمز البريدي	יישוב بلدة	דירה شقة	כניסה مدخل
		מס' בית رقم البيت	רחוב / תא דואר شارع / صندوق بريد
טלפון נייד هاتف خليوي		טלפון קווי هاتف أرضي	

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

تمت صياغة هذا النموذج بالذكور ولكنه موجه للنساء والرجال على حد سواء

פרטי התאונה

תفاصيل الحادث

3

נפגע בתאריך
אُصيب بتاريخ

שנה	חודש	יום
سنة	شهر	يوم

בשעה
الساعة

--	--	--	--

כאשר עבד ב _____
عندما اشتغل بما يلي

סוג העבודה / نوع العمل

מקום התאונה / مكان الحادث:

- במפעל / في المصنع ת. דרכים בעבודה / حادث طرق بالعمل ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה / حادث طرق في الطريق الى/ من العمل
- תאונה בדרך ללא רכב / حادث في الطريق بدون مركبة אחר / غير ذلك

כתובת מקום התאונה / عنوان مكان الحادث

תיאור התאונה / وصف الحادث

האיבר שנפגע / عضو الجسم الذي اصاب

שם המאשר
اسم الشخص الذي
صادق على النموذج

תפקידו / במפעל
وظيفته في المصنع

חתימה / וחותרמת המפעל
توقيع وختم المصنع

x

4

למילוי ע"י המוסד הרפואי / تملأه المؤسسة الطبية

- הנפגע חבר בקופת חולים כללית מאוחדת מכבי לאומית
- המصاب / عضو في صندوق المرضى العام-כללית מוחדת מכבי לטומית
- הנפגע אינו חבר בקופת חולים
- המصاب / ليس عضواً في صندوق المرضى
- מהות התאונה (אבחנות רפואיות):

מהיئة الحادث (تشخيص طبي) :

--	--	--	--	--	--	--	--

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 בדייקנות את כל הפרטים שבטופס ובמיוחד להקפיד על מילוי נכון של מספר הזעות 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.

صاحب العمل/ המשغل المحترم

- عامل/ موظف أصيب في عمله (حتى وإن حدثت الإصابة وهو في طريقه المباشر الى العمل او منه)، يستحق علاجاً طبياً على حساب مؤسسة التأمين الوطني.
- من أجل الحصول على هذا العلاج، يجب عليك أنت كصاحب العمل ان تزوده بالنموذج المرفق. يجب ان يوقع صاحب العمل أو المخول المؤهل من قبله على النموذج، ويتم تسليمه فقط للعامل الذي أصيب أثناء العمل. يجب عدم تسليم هذا النموذج في حالات مرض عادي أو لأشخاص لا يعملون في مصنعك.
- تسليم نموذج ليس وفقاً للقانون سيلزمك بالدفع مقابل العلاج الطبي.
- يجب عليك تعبئة جميع التفاصيل التي في النموذج بدقة، والتأكد بشكل خاص من تعبئة رقم بطاقة هوية العامل، رقم ملف المشغل، تاريخ وساعة الحادث واسم صندوق المرضى الذي يملك العامل المصاب عضوية فيه.
- يجب أن يتوجه العامل لتلقي العلاج الطبي وبرفقته النموذج، إلى صندوق المرضى الذي هو عضو فيه (خدمات الصحة الشاملة، صندوق المرضى لثوميت، صندوق المرضى منوحيدت، مكابي خدمات صحية).
- عند الحاجة الملحة فقط ومن أجل تلقي إسعاف أولي، يسمح بتحويل المصاب إلى غرفة الطوارئ أو إلى الطبيب القريب. الخدمة الطبية فقط هي التي تتابع تقديم العلاج الطبي، وهي التي تعيد تكاليف العلاج الأولي للمصاب. لا تتم إعادة تكاليف أي علاج آخر تقدمه خدمات طبية غير مخولة لذلك.
- لا تتم إعادة تكاليف علاج طبي خصوصي.
- هذا النموذج لا يعتبر اعترافاً بالحادث على أنه إصابة عمل، مؤسسة التأمين الوطني هي التي تصدر القرار ما إذا كان الحادث هو حادث عمل أم لا.
- النموذج غير مُعد للتعبئة من قبل شرطي، سجان، أو موظف وزارة الدفاع.