



**תביעה לתשלום דמי תאונה (טופס זה אינו משמש למקרה של תביעה לפגיעה בעבודה)
על פי חוק הביטוח הלאומי - ביטוח נפגעי תאונות
דברי הסבר**

קרא בעיון את דברי ההסבר וחשכת לך טרחה!

כללי

1. עובד שכיר שנפגע בתאונה, זכאי לתשלום דמי תאונה בשיעור של 75% משכר עבודתו הממוצע ב- 3 החודשים שקדמו ליום בעדו מגיעים לראשונה דמי תאונה בתנאי שלא קיבל תשלום לפי חוק או הסדר אחר.
2. עובד עצמאי שנפגע בתאונה, זכאי לתשלום דמי תאונה בשיעור של 75% מהכנסתו על פיה משלם את דמי הביטוח.
3. עקרת בית ומי שאינו עובד ואינו עובד עצמאי שנפגעו בתאונה זכאים לתשלום דמי תאונה בשיעור של 25% מהשכר הממוצע במשק מחולק ב- 30.
4. שכיר/עצמאי - בעד היומיים הראשונים שלאחר יום התאונה בהם לא היה מסוגל לעבודה ולא לעבודה מתאימה אחרת - לא ישולמו דמי תאונה, אלא אם לא היה מסוגל לעבודה במשך 12 יום לפחות, בנוסף על יום הפגיעה.
5. עקרת בית ומי שאינו עובד ואינו עובד עצמאי - לא ישולמו להם דמי תאונה בעד 14 הימים הראשונים שלאחר יום התאונה, שבהם אבד להם כושר התפקוד.
6. דמי תאונה ישולמו לתקופה רצופה עד 90 יום, בשנת כספים אחת (גם במקרה של יותר מתאונה אחת). בתום תקופת 90 הימים קיימת אפשרות לפנות למחלקת נכות כללית במוסד לביטוח לאומי לבדיקת המשך זכאותך.
7. בכל הפניות למוסד לביטוח לאומי, יש לציין את מספר הזיהוי וכן להביא את תעודת הזהות בכל פניה אישית.

הגשת תביעה

8. עליך לצרף לתביעה תעודה רפואית ראשונה לנפגע בתאונה, במקור בלבד, חתומה ע"י רופא כמו כן, יש לצרף מסמכים רפואיים נוספים בקשר לתאונה ולטיפול הרפואי, כגון: דוח מד"א, דוח סכום מחלה וכו'. אם יש לך זכאות לימי מחלה מקרן ימי מחלה או ממבטחים - נא לצרף אישור על מספר ימי המחלה שעמדו לזכותך ביום התאונה.
9. יש למלא את טופס התביעה על כל פרטיו ולהגישו לסניף המוסד לביטוח לאומי.
10. יש לחתום בכל מקום המסומן ב- X (כולל בספחים - ויתור על סודיות רפואית) תביעה שאינה חתומה תוחזר בדואר, ונראה בה כאילו לא הוגשה. החזרת התביעה למוסדנו לאחר יותר מ- 30 יום עלולה לפגוע בזכויותך לקצבת הגמלה.
11. בתביעה של עובד שכיר, יש לדאוג כי המעביד ימלא את החלק המיועד לו וחתום.
12. התביעה תוגש תוך 90 יום מתאריך התאונה, המוסד רשאי לדחות תביעה שהוגשה באחור.

פרטים נוספים על ביטוח נפגעי תאונות תוכל למצוא באתר של המוסד לביטוח לאומי באינטרנט www.btl.gov.il

האמור לעיל הם דברי הסבר כלליים והנוסח הקובע הוא נוסח החוק.

طلب دفع مخصصات حادث (هذا النموذج لا يستخدم في حالة طلب مخصصات إصابة عمل) حسب قانون التأمين الوطني – تأمين مصابي الحوادث شرح

اقرأ الشرح بتمعن لتوفر على نفسك التعب !

عام

1. عامل أجبر أصيب في حادث, يستحق تقاضي بدل حادث بنسبة 75% من معدل أجر عمله في الأشهر الثلاثة التي سبقت اليوم الأول الذي يستحق عنه بدل الحادث بشرط ألا يكون قد تلقى دفعة وفقاً للقانون أو ترتيب آخر.
 2. عامل مستقل أصيب في حادث, يستحق تقاضي بدل حادث بنسبة 75% من دخله الذي يدفع رسوم التأمين وفقاً له.
 3. ربة البيت ومن لا يشتغل ومن لا يعمل كمستقل وأصيب في حادث يستحق تقاضي بدل حادث بنسبة 25% من معدل الأجر في سوق العمل مقسماً على 30.
 4. أجبر \ مستقل – عن أول يومين بعد يوم الحادث والذين لم يكن قادراً بهما على العمل ذاته أو عمل مناسب آخر – لا يُدفع بدل حادث, إلا إذا لم يكن قادراً على العمل طوال 12 يوماً على الأقل, إضافة إلى يوم الإصابة.
 5. ربة البيت ومن لا يشتغل ولا يعمل كمستقل – لن يُدفع لهم بدل حادث عن 14 يوماً الأوائل بعد يوم الحادث, والتي فقدوا فيها القدرة على العمل.
 6. يُدفع بدل الحادث لفترة متواصلة حتى 90 يوماً, في سنة واحدة (أو أيضاً في حالة أكثر من حادث واحد). في ختام فترة 90 يوماً توجد إمكانية التوجه إلى قسم العجز التام في مؤسسة التأمين الوطني لفحص استمرارية استحقاقك.
 7. في جميع التوجهات لمؤسسة التأمين الوطني, يجب ذكر رقم بطاقة الهوية وكذلك إبراز بطاقة الهوية في كل توجه شخصي.
- ### تقديم الطلب
8. يجب عليك إرفاق الطلب بشهادة طبية أولى لمصاب في حادث, نسخة أصلية فقط, مع ختم طبيب.
 9. كذلك يجب إرفاق مستندات طبية إضافية بالنسبة للحادث وللإصابة, مثل: تقرير نجمة داود الحمراء, تقرير تلخيص المرض, الخ. إن كان لديك استحقاق لأيام إجازة مرضية من صندوق الأيام المرضية أو من مفتاحيم – الرجاء إرفاق تصريح عن عدد الأيام المرضية التي كانت في استحقاقك يوم الحادث.
 10. يجب تعبئة نموذج الطلب بجميع تفاصيله وتقديمه لفرع مؤسسة التأمين الوطني.
 11. يجب التوقيع في كل مكان مُشار إليه بإشارة X (بما في ذلك الملاحق – التنازل عن السرية الطبية) طلب غير موقع يتم إرجاعه بالبريد, ويعتبر أنه لم يقدم. إرجاع الطلب إلى مؤسستنا بعد أكثر من 30 يوماً قد يضر بحقوقك لتلقي مخصصات.
 12. في طلب موظف أجبر, يجب التأكد من أن يملأ صاحب العمل المشغل القسم المخصص له والتوقيع عليه.
 13. تقدم الدعوى خلال 90 يوماً من تاريخ الحادث, يحق للمؤسسة رفض طلب قدم متأخراً.
- توجد تفاصيل إضافية عن تأمين مصابي الحوادث في موقع مؤسسة التأمين الوطني في الإنترنت www.btl.gov.il
- المذكور أعلاه هو شرح عام والصيغة النهائية هي ما يحدده القانون.

שעת הפסקת העבודה ساعة التوقف عن العمل	תאריך הפסקת העבודה تاريخ التوقف عن العمل	שעת הפגיעה ساعة الحادث	היום בשבוע اليوم بالاسبوع	יום يوم	חודש شهر	שנה سنة	תאריך התאונה تاريخ الحادث
תאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת התאונה (ניתן לצרף גיליון נוסף) وصف الإصابة: كيف تسببت وماذا كنت تفعل عند وقوع الحادث (يمكن إرفاق ملف إضافي)							
שמות העדים לתאונה اسماء الشهود على الحادث							
<input type="checkbox"/> לא נכחו עדים لم يكن شهود							
<input type="checkbox"/> כן נכחו עדים نعم تواجد شهود		<input type="checkbox"/> שם الاسم		<input type="checkbox"/> כתובת العنوان		<input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר زميل بالعمل شخص معرفة اخر	
<input type="checkbox"/> שם الاسم		<input type="checkbox"/> כתובת العنوان		<input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר زميل بالعمل شخص معرفة اخر			
<input type="checkbox"/> האם מדובר בתאונת דרכים هل الحديث عن حادث سير		<input type="checkbox"/> כן نعم		<input type="checkbox"/> לא لا		אם כן, נא למלא חלק ה' בעמוד הבא اذا كان الجواب نعم املا القسم هـ في الصفحة التالية	

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	ת.ז. رقم الهوية
-------------------------	-------------------------	--------------------

ד. טיפול רפואי
 د.العلاج الطبي

האיבר שנפגע العضو المصاب	מהות החבלה (לדוגמא שבר, פצע, חתך) وصف الإصابة (على سبيل المثال كسر, جرح)
מי טיפל לראשונה בפגיעה? من قام بعلاج الإصابة أولاً؟	
שם הרופא/שרות רפואי اسم الطبيب/الخدمة الطبية	
תאריך קבלת הטיפול לראשונה تاريخ الحصول على العلاج الاولي	שנה السنة
חודש الشهر	יום اليوم
שעה الساعة	האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום? هل عانيت في الماضي من مرض او اوجاع متعلقة او مشابهة لوضعك اليوم؟
<input type="checkbox"/> כן نعم	
<input type="checkbox"/> לא لا	
פרט فصل	
תקופת אשפוז فترة المكوث بالمستشفى	
שם בית החולים והמחלקה اسم المستشفى والقسم	
נא לצרף סיכום מחלה. קופת חולים בה הנך חבר الرجاء ارفاق مجمل المرض. صندوق المرضى الذي تنتمي إليه	
שם המרפאה בה אתה מקבל טפול רפואי בד"כ اسم العيادة التي تتلقى فيها العلاج الطبي عادة	
שם רופא המשפחה اسم طبيب العائلة	

1. האם נמסרה הודעה למשטרה?
هل تم تقديم بلاغ للشرطة؟

לא כן, לתחנת המשטרה ב-
لا نعم, لمركز الشرطة في

מספר התיק שנפתח במשטרה _____ נא לצרף אישור.
رقم الملف الذي فتحته الشرطة الرجاء ارفاق التصريح

2. האם הוגשה תביעה לחברת ביטוח?
هل قدمت دعوى لشركة التأمين؟

לא כן שם חברת הביטוח _____
لا نعم اسم شركة التأمين

3. העדים לתאונה
شهود على الحادث

לא נכחו עדים
لم يكن شهود

כן נכחו עדים שם _____
نعم هناك شهود الاسم

כתובת _____
العنوان

שם _____
الاسم

כתובת _____
العنوان

שם _____
الاسم

כתובת _____
العنوان

4. האם הגשת או הנך עומד להגיש תביעה לנזיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לתאונה?
هل قدمت او ستقدم دعوى عن الاضرار او تعويضات من طرف ثالث بالنسبة للحادث؟

לא כן, נגד
لا نعم, ضد

שם עורך הדין שלך _____
اسم المحامي الذي يترافع عنك

כתובת _____
عنوانه

מס' הטלפון של עורך הדין _____
رقم هاتف المحامي الذي يترافع عنك

5. האם יצאת את גבולות המדינה בתקופת אי הכושר?
هل خرجت خارج حدود البلاد في الفترة التي لم تكن فيها قادراً على العمل؟

לא כן, לאן _____
لا نعم, إلى أين

לאיזו מטרה _____
لاي هدف

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____
 اسم العائلة _____ الأسم الشخصي _____ الهوية _____

**1. פרוט העיסוקים
 ו. תفاصيل العمل**

לפני התאונה
 قبل الحادث

לא עבדתי כלל, הסיבה _____
 لم اعمل نهائيا , السبب _____

עבדתי בחודשים _____
 عملت بالاشهر _____

נא לפרט את החודשים ולצרף אישורים או תלושי שכר לחודשים הנ"ל
 الرجاء تفصيل الاشهر و ارفاق المستندات او قسائم الراتب للأشهر المذكورة

אחרי התאונה
 بعد الحادث

טרם חזרתי לעבודה כתוצאה מהתאונה.
 لم ارجع للعمل نتيجة للحادث

מיום _____ עד יום _____
 من يوم _____ حتى يوم _____
 לא עבדתי כלל כתוצאה מהתאונה.
 لم اعمل نهائيا نتيجة للحادث

מיום _____ עד יום _____
 من يوم _____ حتى يوم _____
 שהיתי בעסק/בעבודתי משעה _____ עד שעה _____
 مكثت بالعمل/ بعملتي من الساعة _____ حتى الساعة _____

מיום _____ עד יום _____
 من يوم _____ حتى يوم _____
 שהיתי בעסק/בעבודתי משעה _____ עד שעה _____
 مكثت بالعمل / عملت من الساعة _____ حتى الساعة _____

חזרתי לעבודה מלאה ביום _____
 عدت للعمل كاملا بتاريخ _____

**2. מקום תשלום
 2. مكان الدفع**

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי, בקשר לתביעתי זו, אבקש להעבירו לזכות חשבוני דלהלן:
 كل الدفعات التي استحقها من مؤسسة التأمين الوطني , بالنسبة لطلبي هذا , اطلب تحويلها الى حسابي التالي :

<input type="checkbox"/> פרטי شخصي <input type="checkbox"/> קיבוץ كيبوتس	סוג החשבון نوع الحساب	שמות בעלי החשבון اسماء اصحاب الحساب
מספר החשבון رقم الحساب	מספר הסניף رقم الفرع	שם הסניף/כתובתו اسم الفرع/ عنوانه

לחשבון פרטי שלי. אני מבקש להעביר את התשלום לחשבון הקבוץ לחבר קיבוץ או מושב שיתופי :
 לחسابي الشخصي انا اطلب تحويل المبلغ لحساب الكيبوتس لاتحاد الكيبوتس او القرية التعاونية:

**פטור ממס הכנסה
 معفي من الضريبة**

פטור חלקי - מצ"ב אישור לפיו אני זכאי לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה
 اعاء جزئي - مرفق تصديق حسبه استحق اعاء من الضريبة بعد الاصابة

עוור או נכה 100%
 كفيف او عاجز 100%

אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו על-ידי בתביעתי זו הינם נכונים. ידוע לי כי מסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק שדינה קנס כספי ואף מאסר והנני תובע תשלום דמי תאונה כחוק. אני מסכים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מתוך חשבוני אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולו או בחלקו שולם בטעות או שלא כדין. וכן ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים כאמור. אנו השותפים לחשבון מתחייבים להשתמש בכספי הגמלה שהופקדו לחשבון עבור מקבל הגמלה.

أصريح بأن جميع التفاصيل التي قدمتها في طلبي هذا صحيحة. اعرف ان تقديم تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معطيات يعتبر مخالفة للقانون والعقوبة عليها غرامة مالية وحتى الحكم بالسجن, وأنا اطالب بتلقي بدل حادث وفقاً للقانون. أوافق على ان يعيد البنك الى مؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها مبالغ من حسابي اذا اودعت المؤسسة دفعة كاملة أو قسماً منها بالخطأ أو ليس وفقاً للقانون. وكذلك ان يقدم للمؤسسة تفاصيل الذين يسحبون الدفعات المذكورة من الحساب. نحن الشركاء في الحساب نلتزم باستخدام اموال المخصصات التي اودعت في الحساب للشخص الذي يتلقى المخصصات.

X תאריך התביעה
 التاريخ التوقيع مقدم الطلب

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומספר זהותו.
 אם התביעה נחתמה בתביעת אצבע נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.
 اذا لم يوقع مقدم الطلب على نموذج الطلب الرجاء ذكر السبب لذلك, اسم الموقع, عنوانه ورقم هويته.
 اذا تم التوقيع على الطلب ببصمة الاصبع الرجاء ذكر اسم الشاهد على التوقيع ورقم هويته.

חתימת העד
 توقيع الشاهد

מספר זיהוי (של העד)
 رقم هوية الشاهد

שם העד
 اسم الشاهد

תביעה שאינה חתומה תוחזר בדואר
طلب غير موقع سيرجع بالبريد

ת.ז.
 الهوية

שם פרטי
 الأسم الشخصي

שם משפחה
 اسم العائلة

ט. למילוי ע"י המעסיק אם התובע עובד שכיר
ط. للتعبئة على يد المشغل اذا كان مقدم الطلب أجيراً

1. פרטים על המעסיק:
 تفاصيل عن المشغل

שם המעסיק اسم المشغل	מספר תיק ניכויים رقم ملف الخصم الضريبي	מספר טלפון رقم الهاتف
רחוב الشارع	מספר בית رقم البيت	מספר פקס رقم الفاكس
יישוב البلدة	מיקוד ميكود	

בפרטי השכר יש לכלול את כל רכיבי השכר. את התוספות החד פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו יש לפרט גם בטור נפרד. بتفاصيل الاجر يجب شمل جميع مركبات الاجر. الاضافات لمرة واحدة, الفروقات او الهبات التي دفعت يجب تفصيلها ايضاً في عمود منفصل.

תוספת חד פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו اضافية لمرة واحدة, هبة او فروقات شملت في الاجر غير الصافي		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח اجر غير صافي الملزم برسوم التأمين لهذا الشهر بالاشاقل	העובד הוא יומי חודשי العامل هو يومي شهري		מס' ימי העבודה בשבוע عدد ايام العمل الاسبوعية	מס' הימים עבורם שולם השכר عدد الايام التي دفع الاجر عنها	היקף המשורה ב- % نسبة الوظيفة	החודש, כולל חודש הפסקת העבודה الشهر يشمل شهر التوقف عن العمل
שם התשלום اسم الدفع	לתקופה لفترة		סכום المبلغ	<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				חודש شهر
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				חודש شهر
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				חודש شهر
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				חודש شهر

תאריך התחלת העסקת העובד _____ מעמד העובד קבוע ארעי
 تاريخ بداية تشغيل العامل _____ مكانة العامل ثابت مؤقت

העובד ממשיך להמנות על עובדי המפעל _____ כן לא, העובד הפסיק לעבוד במפעל בתאריך _____
 ما زال العامل محسوباً من عمال المصنع _____ نعم لا, العامل توقف عن العمل بالمصنع من تاريخ _____

העובד שב לעבודה ביום _____ העובד לא שב עדיין לעבודה.
 العامل عاد للعمل بتاريخ _____ العامل لم يعد بعد للعمل

העובד נעדר מהעבודה בחודשים הנ"ל בתקופות _____ מהסיבה _____
 العامل تغيب عن العمل بهذه الأشهر من فترة _____ بسبب _____

י. פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעביד/קרן דמי מחלה
 י. تفاصيل عن دفع بدل ايام مرضية من قبل صاحب العمل المشغل | صندوق بدل الايام المرضية

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעביד - נכון ליום התאונה
 هل العامل يستحق تلقي بدل ايام مرضية من قبل المشغل - صحيح ليوم الحادث

כן, ציין מס' הימים שעמדו לזכותו עד ליום התאונה _____
 نعم, اذكر عدد الايام التي كان يستحقها حتى يوم الحادث

האם שילמת לעובד עבור תקופת ההעדרות בגין התאונה הנדונה? אם כן, ציין לאיזו תקופה
 هل دفعت للعامل مقابل ايام الغياب عن الحادث المذكور؟ اذا كان الجواب نعم, اذكر عن أي فترة

מיום _____ עד יום _____, סה"כ _____ ימים.
 من تاريخ _____ حتى تاريخ _____, الكلي _____ ايام

לא,
 لا

העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו
 العامل استغل جميع الايام التي يستحقها

לא נצברו ימי מחלה
 لم يتم تراكم ايام مرضية

אחר _____
 اخر _____

העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה _____
 العامل يستحق تلقي بدل ايام مرضية من قبل صندوق بدل الايام المرضية
 שם הקרן _____
 اسم الصندوق _____

הצהרה: אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שנמסרו על ידי העובד ועל ידינו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו פרט ל: נא לפרט את ההסתיגויות - אם ישנן - לגבי התאונה.
תסריח: نحن الموقعون ادناه نؤكد ان التفاصيل التي قدمها العامل وقدمناها نحن في نموذج الطلب صحيحة حسب معرفتنا ما عدا: الرجاء تفصيل التحفظات - إن وجدت - بالنسبة للحادث.

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן התאונה
نعم نحن نصرح بأن مقدم الطلب تم تشغيله كعامل في المصنع / في مكان العمل عند وقوع الحادث.

X

חתימה וחותמת
التوقيع والختم

שם החותם
اسم الموقع

תפקיד החותם
وظيفة الموقع

תאריך
التاريخ

קופת חולים _____
صندوق المرضى _____
סניף _____ מחוז _____
_____ فرع _____
_____ לוא _____

חוק הביטוח הלאומי
قانون التأمين الوطني

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בתאונה

شهادة طبية أولى لمصاب في حادث

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	שם האב اسم الاب	שנת הלידה سنة الولادة	מס' הזהות رقم الهوية	רחוב شارع
מיקוד ميكود	מספר בית رقم البيت	כניסה المدخل	דירה الشقة	יישוב البلدة	טלפון בית هاتف البيت
טלפון נייד الهاتف الخليوي	מקום התאונה مكان الحادث	תאריך התאונה تاريخ الحادث	שעת התאונה ساعة الحادث	הגיע לטיפולנו بعקבות התאונה وصل للعلاج عقب חادث	שעה الساعة
<input type="checkbox"/> עובד שכיר <input type="checkbox"/> עובד עצמאי <input type="checkbox"/> עקרת בית <input type="checkbox"/> אחר, פרט عامل اجير <input type="checkbox"/> عامل مستقل <input type="checkbox"/> ربة بيت <input type="checkbox"/> اخر, فصل					

ב. למילוי ע"י הרופא
ب. للتعبئة على يد الطبيب

מקצוע/משלח יד
مهنة / حرفة

תאור התאונה לפי דברי הנפגע
وصف الحادث حسب اقوال المصاب

פרטי הטיפול שניתן לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול
تفاصيل العلاج المقدم قبل وصولنا اليها واين تلقى العلاج

הממצא הקליני
الوضع العيادي

צילומי רנטגן נעשו במכון
صور الأشعة تمت في معهد

ביום
بتاريخ

הממצא
الوضع

האבחנה
الكشف الطبي

הטיפול שניתן על ידנו
العلاج الذي قدم من قبلنا

הערות ופרטים נוספים
ملاحظات وتفاصيل اخرى

עובד שכיר ועובד עצמאי

عامل اجير وعامل مستقل

לדעתי אינו מסוגל לעסוק בעבודתו ואף לא בעבודה מתאימה אחרת במשך _____ ימים; היינו מיום _____
باعتقادي لا يستطيع العمل في عملة ولا يعمل ملائم اخر لمدة _____ ايام; ابتداء من تاريخ _____

עד יום _____ בכלל כתוצאה מהתאונה.
حتى تاريخ _____ نهائيا نتيجة الحادث

עקרת בית

ربة منزل

כתוצאה מהתאונה אינה מסוגלת לעבודות משק הבית במשך _____ ימים; היינו מיום _____
نتيجة الحادث لا تستطيع العمل في الأعمال المنزلية لمدة _____ ايام; ابتداء من تاريخ _____

בכלל. _____ עד יום _____
نهائيا _____ حتى تاريخ _____

אינו עובד ואינו עובד עצמאי

لا يعمل اجير ولا يعمل مستقل

כתוצאה מהתאונה עליו להיות מאושפז ו/או מרותק לביתו במשך _____ ימים; היינו מיום _____
نتيجة للحادث عليه ان يمكث في المستشفى و\او في بيته لمدة _____ ايام; ابتداء من تاريخ _____

בכלל. _____ עד יום _____
نهائيا _____ حتى تاريخ _____

חתימת הרופא השירות הרפואי
המוסמך
توقيع الطبيب والخدمة الطبية المعتمدة

שם הרופא החותם
اسم الطبيب الموقع

תאריך מתן התעודה
تاريخ إعطاء الشهادة

ויתור על סודיות רפואית

המוסד לביטוח לאומי
تنازل عن السرية الطبية
مؤسسة التأمين الوطني

לכבוד _____
لحضرة _____
סניף _____
فرع _____
תאריך _____
تاريخ _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____
אני _____ الموقع ادناه, رقم هوية: _____
חבר קופ"ח _____
عضو صندوق المرضى _____
הגר ב _____
اسكن في _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

أطلب بهذا تقديم أي معلومات لمؤسسة التأمين الوطني أو المخول من قبلها المتعلقة بمرضِي, وضعِي الطبي, العلاج الذي يقدم لي, نتائجه, و/أو أي معلومات أخرى تطلبها, و/أو كل مستند طبي عني.

שם הרופא המטפל _____ חתימה X _____
اسم الطبيب المعالج _____ توقيع _____

ויתור על סודיות רפואית

המוסד לביטוח לאומי
تنازل عن السرية الطبية
مؤسسة التأمين الوطني

לכבוד _____
لحضرة _____
סניף _____
فرع _____
תאריך _____
تاريخ _____

אני _____ הח"מ, מספר זהות: _____
אני _____ الموقع ادناه, رقم هوية: _____
חבר קופ"ח _____
عضو صندوق المرضى _____
הגר ב _____
اسكن في _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

أطلب بهذا تقديم أي معلومات لمؤسسة التأمين الوطني أو المخول من قبلها المتعلقة بمرضِي, وضعِي الطبي, العلاج الذي يقدم لي, نتائجه, و/أو أي معلومات أخرى تطلبها, و/أو كل مستند طبي عني.

שם הרופא המטפל _____ חתימה X _____
اسم الطبيب المعالج _____ توقيع _____

ויתור על סודיות רפואית

המוסד לביטוח לאומי
تنازل عن السرية الطبية
مؤسسة التأمين الوطني

לכבוד _____
لحضرة _____
סניף _____
فرع _____
תאריך _____
تاريخ _____
(התעודה מצורפת כנספח לטופס).
(الشهادة مرفقة كملحق للنموذج)

אני _____
انا _____
הח"מ, מספר זהות: _____
الموقع ادناه, رقم هوية: _____
חבר קופ"ח _____
عضو صندوق المرضى _____
הגר ב _____
اسكن في _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

أطلب بهذا تقديم أي معلومات لمؤسسة التأمين الوطني أو المخول من قبلها المتعلقة بمرضِي, وضعِي الطبي, العلاج الذي يقدم لي, نتائجه, و/أو أي معلومات أخرى تطلبها, و/أو كل مستند طبي عني.

שם הרופא המטפל _____
اسم الطبيب المعالج _____
חתימה _____
توقيع _____

ויתור על סודיות רפואית

המוסד לביטוח לאומי
تنازل عن السرية الطبية
مؤسسة التأمين الوطني

לכבוד _____
لحضرة _____
סניף _____
فرع _____
תאריך _____
تاريخ _____

אני _____
انا _____
הח"מ, מספר זהות: _____
الموقع ادناه, رقم هوية: _____
חבר קופ"ח _____
عضو صندوق المرضى _____
הגר ב _____
اسكن في _____

מבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודותיו.

أطلب بهذا تقديم أي معلومات لمؤسسة التأمين الوطني أو المخول من قبلها المتعلقة بمرضِي, وضعِي الطبي, العلاج الذي يقدم لي, نتائجه, و/أو أي معلومات أخرى تطلبها, و/أو كل مستند طبي عني.

שם הרופא המטפל _____
اسم الطبيب المعالج _____
חתימה _____
توقيع _____