



תביעה לתשלום דמי תאונה (טופס זה אינו משמש למקורה של תביעה לפגיעה בעבודה)

על פי חוק הביטוח הלאומי - ביטוח נפגעי תאונות

דברי הסבר

קרא בעיון את דברי ההסבר וחסכת לך טרחה!

כללי

1. עובד שכיר שנפגע בתאונה, זכאי לתשלום דמי תאונה בשיעור של 75% משכר עבודתו הממוצע ב- 3 החודשים שקדמו ליום שעדו 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 ומין שאינו עובד עצמאי שנפגעו בתאונה זכאים לתשלום דמי תאונה בשיעור של 25% מהשכר הממוצע במשכך מחלוקת ב- 30.
4. שכיר/עצמאי - بعد הימים הראשונים שלאחר יום התאונה בהם לא היה מסוגל לעבודה ולא לעבודה מתאימה אחרת - לא ישולם דמי תאונה, אלא אם לא היה מסוגל לעבודה במשך 12 ימים לפחות, בנותUF 30 ימים הפגיעה.
5. עקרת בית ומין שאינו עובד עצמאי - לא ישולם להם דמי תאונה לאחר 14 הימים הראשונים שלאחר יום התאונה, שבhem אבד להם כושר התפקיד.
6. דמי תאונה ישולם לתקופה רצופה עד 90 ימים, בשנת כספים אחת (גם במקרה של יותר מהתאונה אחד). בתום תקופת 90 הימים קיימת אפשרות לפנות למחוקקת נכות כללית במוסד לביטוח לאומי לבדיקת המשך זכאותך.
7. בכל הנסיבות למוסד לביטוח לאומי, יש לציין את מספר הזיהוי וכן להביא את תעודת הזיהות בכל פניה אישית.

הגשת תביעה

8. עליך לצרף לתביעה תעודה רפואית ראשונה לנפגע בתאונה, במקור בלבד, חתוםה ע"י רופא כמו כן, יש לצרף מסמכים רפואיים נוספים בקשר לתאונה ולטיפול הרפואי, כגון: דוח מד"א, דוח סכוםמחלה וכו' אם יש לך זכאות לימי מחלה מקרן ימי מ מבטחים - נא לצרף אישור על מספר ימי המחלת שעמדו לזכותך ביום התאונה.
9. יש למלא את טופס התביעה על כל פרטיו ולהגישו לסניף המוסד לביטוח לאומי.
10. יש להחתום בכל מקום המופיע ב-X (כולל בספחים - ויתור על סודיות רפואית) תביעה שאינה חותמה תוחזר בדואר, ונראה בה כיילו לא הוגשה. החזרת התביעה למוסד לביטוח לאומי לאחר יותר מ- 30 ימים עלולה לפגוע בזכותו לך קצבת המילה.
11. בתביעה של עובד שכיר, יש לדאוג כי המעביר ימולא את החלק המינוי לו ויחתומים.
12. התביעה תוגש תוך 90 ימים מהתאריך התאונה, המוסד רשאי לדוחות תביעה שהוגשה באחורה.

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 הקובל 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

إنما الشرح يتمعّن لتوفّر على نفسك التعب !

عام

عامل أجير 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 دفعه وفقاً للقانون أو ترتيب آخر.

عامل مستقل أصيب في حادث، يستحق تقاضي بدل حادث بنسبة 75% من دخله الذي يدفع رسوم التأمين وفقاً له.
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.

أجير مستقل – عن أول يومين بعد يوم الحادث والذين لم يكن قادراً بهما على العمل ذاته او عمل مناسب آخر – لا يُدفع بدل حادث، إلا إذا لم يكن قادراً على العمل طوال 12 يوماً على الأقل، إضافة إلى يوم الإصابة.

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.

يُدفع بدل الحادث لفترة متوصلة حتى 90 يوماً، في سنّة ما لـ يـ واحد (أيضاً في حالة أكثر من حادث واحد). في ختام فترة 90 يوماً توجد إمكانية الـ توجه إلى قسم العجز الشامل في مؤسسة التأمين الوطني لفحص استمرار استحقاقك.

في جميع التوجّهات لمؤسسة التأمين الوطني، يجب ذكر رقم بطاقة الهوية وكذلك إبراز بطاقة الهوية في كل توجّه شخصي.

.7

يجب عليك إرفاق الطلب بشهادة طبية أولى لمصاب في حادث، نسخة أصلية فقط، مع ختم طبيب.
تقديم الطلب

ذلك يجب إرفاق مستندات طبية إضافية بالنسبة للحادث وللعلاج الطبي، 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.

9. يجب تعبيئة نموذج الطلب بجميع تفاصيله وتقديمه لفرع مؤسسة التأمين الوطني .

10. يجب التوقيع في كل مكان مشار إليه بإشارة **X** (بما في ذلك الملحق – التنازل عن السرية الطبية)
طلب غير موقع يتم إرجاعه بالبريد، ويُعتبر أنه لم يقدم. إرجاع الطلب إلى مؤسستنا بعد أكثر من 30 يوماً قد يضر بحقوقك لتلقي مخصصات .

11. في طلب موظف أجير، يجب التأكد من أن يملأ صاحب العمل المشغل القسم المخصص له والتّوقيع عليه.

12. 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 الانترنت www.btl.gov.il

المذكور أعلاه هو شرح عام والصيغة النهائية هي ما يحدده القانون.

לשימוש פנימי בלבד לאستخدام הדاخلى فقط				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
מספר זהות / דרכון רقم الهوية / جواز السفر				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	דפים	המספר	صفحات	نوع الوثيقة

חותמת כניסה ختםدخول	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>
קוד גמליה كود المخصصات	פיקול فصل

א. פרטי הנפגע
تفاصيل المصاب

שם משפחה اسم العائلة	שם האב الاسم الاب	שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة
מספר זהות מספר الهوية ס"ב الإضافي	תאריך עלייה تاريخ القدوم البلاد	מין جنس	תאריך לידה تاريخ الولادة
מצב משפחתי ¹ الحالة الاجتماعية منفصلة <input type="checkbox"/> פרוד/ <input type="checkbox"/> אלמן/ <input type="checkbox"/> רווק/ <input type="checkbox"/> أرملة/ اعزب <input type="checkbox"/> גירוש/ <input type="checkbox"/> دشواه/ <input type="checkbox"/> ידועה/ <input type="checkbox"/> مطلق/ معروف للجمهور		ذكر ♂ <input type="checkbox"/> أنثى ♀ <input type="checkbox"/>	
כתובות דואר אלקטרוני عنوان البريد الإلكتروني	מעמד المكانة	שכר أجير <input type="checkbox"/> عضو קיבוץ آخر <input type="checkbox"/>	בן זוג الزوجة <input type="checkbox"/> עובד يعمل <input type="checkbox"/> לא עובד لا يعمل <input type="checkbox"/>
מספר ميكוד	עיר البلدة	מספר בית رقم البيت	רחוב شارع
מספר טלפון נייד رقم الهاتف الخلوي	מספר טלפון رقم الهاتف	מספר טלפונ رقم الهاتف	תא דואר ص.ب.
0	0		

ב. פרטי מקום העבודה
تفاصيل مكان العمل

שם המעסק / המפעל / מקום העבודה اسم المشغل/المصنع/مكان العمل	שם המעסק / המפעל / מקום העבודה اسم المشغل/المصنع/مكان العمل	שם המעסק / המפעל / מקום העבודה اسم المشغل/المصنع/مكان العمل
טלפון رقم الهاتف	טלפון رقم الهاتف	טלפון رقم الهاتف
טלפון נייד رقم الهاتف الخلوي	טלפון נייד رقم الهاتف الخلوي	טלפון נייד رقم الهاتف الخلوي
0	0	0
שם המעסק / המפעל / מקום העבודה اسم المشغل/المصنع/مكان العمل	שם המעסק / המפעל / מקום העבודה اسم المشغل/المصنع/مكان العمل	שם המעסק / המפעל / מקום העבודה اسم المشغل/المصنع/مكان العمل
טלפון رقم الهاتف	טלפון رقم الهاتف	טלפון رقم الهاتف
טלפון נייד رقم الهاتف الخلوي	טלפון נייד رقم الهاتف الخلوي	טלפון נייד رقم الهاتف الخلوي
0	0	0

שם פרטי התאונה	תאריך החادש	שעת הפגיעה	היום בשבוע	יום	חודש	שנה
שעת הפסקת העבודה ساعة التوقف عن العمل	תאריך העבודה تاريخ التوقف عن العمل	שעת הפגיעה ساعة الحادث	היום בשבוע اليوم بالاسبوع	יום	חודש	שנה سنة

תיאור התאונה : כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת התאונה (ניתן לצרף גיליון נסף)
وصف الاصابة : كيف تسببت وماذا كنت تفعل عند وقوع الحادث (يمكن إرفاق ملف إضافي)

שמות העדים לתאונה
اسماء الشهود على الحادث

לא נכחו עדים
لم يكن شهود

כן נכחו עדים
نعم تواجد شهود

חבר לעבודה מכר אחר
زمיל بالعمل شخص معرفة اخر

חבר לעבודה מכר אחר
زميل بالعمل شخص معرفة اخر

האם מזובר בתאונות דרכים?
هل الحديث عن حادث سير

אם כן, נא למלא חלק ה' בעמוד הבא
اذا كان الجواب نعم املأ القسم هـ في الصفحة التالية

☐ כן ☐ לא ☐ נعم ☐ לא

שם פרטי	שם משפחתי
שםشخصي	اسم العائلة
מספר ת.ז.	מספר الهوية

ד. טיפול רפואי
دـ العلاج الطبي

האיבר שנפגע عضو المصاب	מהות החבלה (לדוגמא שבר, פצע, חתך) وصف الاصابة (على سبيل المثل كسر, جرح,
מי טיפול לרأسונה בפגיעה? من قام بعلاج الاصابة او لا؟	שם הרופא/شرוט רפואית اسم الطبيب/الخدمة الطبية
תאריך קבלת הטיפול לרأسונה تاريخ الحصول على العلاج الاولى	שעה الساعة
האם סבלת בעבר ממחלת או מכאבים הקשורים או דוממים למצbatch כוים? هل عانيت في الماضي من مرض او اوجاع متعلقة او مشابهة لوضعك اليوم؟	יום اليوم
פרט فصل	חודש الشهر
שם בית החולים והמחלקה فترة المكوث بالمستشفى والقسم	שנה السنة
נא לצרף סיוכום מחלת. رجاء ارفاق مجلم المرض. صندوق المرضى الذي تنتهي إليه	
שם המרפא בה אתה מקבל טיפול רפואי בד"כ اسم العيادة التي تتلقى فيها العلاج الطبي عادة	
שם רפואי המשפחה اسم طبيب العائلة	

.1. האם נמסרה הودעה למשטרת?
هل تم تقديم بلاغ للشرطة؟

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

מספר התיק שנפתחה במשטרת _____
رقم الملف الذي فتحته الشرطة _____
נא לצרף אישור.
الرجاء ارفاق التصريح

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

לא כן, שם חברת הביטוח _____
نعم اسم شركة التامين ? لا

.3. העדים לתאונה
شهود على الحادث

לא נכון עדים
لم يكن شهود

כן נכון עדים
نعم هناك شهود

כתובת _____ שם _____
العنوان _____ الاسم _____

כתובת _____ שם _____
العنوان _____ الاسم _____

כתובת _____ שם _____
العنوان _____ الاسم _____

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

לא כן, נגד _____
لا نعم، ضد _____

שם עורך דין של _____
عنوانه _____
اسم المحامي الذي يترافع عنك

מספר הטלפון של עורך דין _____
عنوانه _____
رقم هاتف المحامي الذي يترافع عنك

.5. האם יצאת את גבולות המדינה בתקופת אי החורש?
هل خرجمت خارج حدود البلاد في الفترة التي لم تكون فيها قادراً على العمل؟

לא כן, لأن _____
لا نعم، إلى أين _____
لأיזو مטרه
لاري هدف

ת.ז. الهوية	שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחתי اسم العائلة
----------------	-------------------------	--------------------------

**1. פרוטות העיסוקים
וتفاصيل العمل**

**לפני התאונה
قبل الحادث**

לא עבדתי כלל, הסיבה
لم أعمل نهائيًا ، السبب
الرجاء التفصيل وارفاق المستندات الملائمة

עבדתי בחודשים
عملت بالشهر

נא לפרט ולצער אישוריהם מותאים
الرجاء تفصيل الاشهر وارفاق المستندات الملائمة
נא לפרט את החודשים ולצער אישוריהם או תלושי שכר לחודשים הניל'

الرجاء تفصيل الاشهر وارفاق المستندات او قسمات الراتب للأشهر المذكورة

**אחרי התאונה
بعد الحادث**

טרם חזרתי לעבודה כתוצאה מההתאונה.
لم ارجع للعمل نتيجة للحادث

מיום _____ עד יום _____
לא עבדתי כלל כתוצאה מההתאונה.
מן يوم حتى يوم
لم أعمل نهائيًا نتيجة للحادث

מיום _____ עד יום _____
שביתי בעסק/בעבודתי משעה _____ עד שעה _____
מckett بالعمل/بعملي من الساعة حتى الساعة
מן يوم حتى يوم

מיום _____ עד יום _____
שביתי בעסק/בעבודתי משעה _____ עד שעה _____
מckett بالعمل / عملت מזמן الساعة حتى الساعة
מן يوم حتى يوم

חזרתי לעבודה מלאה ביום _____
عدت للعمل كاملا بتاريخ

**2. מקום תשלום
زمكان 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 لطلبتي هذا، اطلب تحويلها الى حسابي التالي :

<input type="checkbox"/> פרטי شخص	סוג החשבון نوع الحساب	שם בעלי החשבון اسم أصحاب الحساب	
<input type="checkbox"/> קיבוץ קיבוטס			
	מספר החשבון رقم الحساب	שם הסניף/כתובתו اسم الفرع/عنوانه	שם הבנק اسم البنك

לחשבון פרטי שלי. **לחשבון קיבוץ או מושב שיתופי:**
لاتحاد الكيبوتس او القرية التعاونية: أنا اطلب تحويل المبلغ لحساب الكيبوتס

**פטור ממיס הכנסתה
مغفي من الضريبة**

**פטור חלקית - מצ"ב אישור לפיו אני זכאי לפטור ממיס הכנסתה ערבית הפגיעה
اعفاء جزئي - مرفق تصديق حسبه استحق اعفاء من الضريبة بعد الاصابة**

**עוור או נכה 100%
كيفيف او عاجز 100%**

אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנסקרו על ידי בתביעתי זו הינם נכונים. ידוע לי כי מסירת פרטיים לא נכוןים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק שדין קנס כספי ואף מאסר והנני תובע תשלום דמי תאונה כחוק.
אני מסכימים שהבנק יחזיר למוסד לביטוח לאומי לפי דרישתו סכומים מותוך חשבוני אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום שהוא כולל או בחלוקת שולם בטウות או שלא כדי. וכן ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים כאמור.
אנו השותפים לחשבון מתחייבים להשתמש בכיספי הגמלת שהופקדו לחשבון עבור מקבל הגמלה.

אصرح بأن جميع التفاصيل التي قدمتها في طلبي هذا صحيحة. أعرف أن تقديم تفاصيل غير صحيحة أو إخفاء معلومات يعتبر مخالفة للقانون والعقوبة عليها غرامة مالية وحتى الحكم بالسجن، وانا אطالب ב传递 بدילحادثوفقاًلقانون. أافق على ان يعبد البنك الى مؤسسة التأمين الوطني حسب طلبها مبالغ من حسابي اذا اودعت المؤسسة دفعه كاملة او قسمًا منها بالخطأ او ليس وفقاً للقانون. وكذلك ان يقوم للمؤسسة تفاصيل الذين يسحبون الدفعات المذكورة من الحساب.
نحن الشركاء في الحساب נلتزم باستخدام اموال المخصصات التي اودعت في الحساب للشخص الذي يتلقى المخصصات.

X **חתימת התובע**
توقيع مقدم الطلب

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החתום, כתובתו ומספר זהותו.

אם התביעה נחתמה בתביעה אצבע נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

אם יوقع מقدم הطلب עלنموذج הطلب الرجاء ذكر הסיבב لذلك, שם الموقع, عنوانه ומספר זהותו.

אם יتوقيع על請求 בשם الشاهد ذكر اسم الشاهد עלتوقيع ומספר זהותו.

חתימת העד
توقيع الشاهد

מספר זהוי (של העד)
מספר זהوية الشاهד

שם העד
שם الشاهד

**תביעה שאינה חתומה תוחזר בדואר
طلب غير موقعسيرجع بالبريد**

שם משפחה
שםعائلة

.ת.
הויה

שם פרטי
שםشخصي

ט. למילוי ע"י המuszיק אם התובע עובד שכיר
ט. للتעבנה על ידי المشغل اذا كان مقدم الطلب أجيرا

1. פרטיים על המuszיק:
تفاصيل عن المشغل

שם המuszיק اسم المشغل	מספר בית יישוב מספר البيت رقم البلدة	מספר תיק ניכויים מספר ملف الخصم الضريبي	מספר טלפון מספר الهاتف
			0
			0
			מикוד מיקוד

2. פרטיים על השכר:
تفاصيل عن الأجر

בפרטי השכר יש לכלול את כל רכבי השכר. את התוספות החד פעריות, הפרושים או המענקים ששולמו יש לפרט גם בטור נפרד.
بنفاصيل الأجر يجب شمل جميع مركبات الأجر. الاضافات لمرة واحدة، الفروقات او الهبات التي دفعت يجب تفصيلها ايضاً في عمود منفصل.

שם הדשא שם התשלום שם הדفع	לתקופה ل فترة	סכום المبلغ	שכר ברוטו החיב בדמי ביתוח לחודש זה בש"ח שכר גירafi אלולם בرسوم التامين لهذا الشهـر بالشافل	העובד הוא יום חדש הعامل هو יומי شهر לעובד	מספר שבועה העבודה שבועה מספר היום העובד שבועה	מספר שולם השכר עד ימים העבודה שבועה השכר עד ימים העובד שבועה	היקף המשרת ב- % نسبـة الوظيفة	החודש, כולל חודש הפסיקת העבודה הشهر ישמש شهر توقف عن العمل
			<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 _____
تاریخ بداية تشغيل العامل

העובד ממשיך להמנות על העובדים במפעל בתאריך **כן** **לא**, **העובד ממשיך לעבוד במפעל בתאריך**
ما زال العامل محسوباً من عمال المصنع

העובד שב לעבודה ביום _____
العامل عاد للعمل بتاريخ

העובד נעדר מהעבודה בחודשים הנ"ל בתקופות _____
العامل غيب عن العمل بهذه الاشهر من فترة

ד. פרטיים על תשלום דמי מחלת על-ידי המעבד/קרון דמי מחלת
تفاصيل عن دفع بدل ايام مرضية من قبل صاحب العمل المشغل | صندوق بدل الايام المرضية

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלת ע"י המעבד - נכון ליום התאונה
هل العامل يستحق نلقي 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 שלמת לעובד עבור תקופת ההעדרות בגין התאונה הנדוונה? 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 _____ أيام

לא, _____

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

לא נצברו ימי מחלת
لم يتم تراكم ايام مرضية

אחר
آخر

העובד זכאי לתשלום דמי מחלת ע"י הקרון לדמי מחלת
العامل يستحق نلقي بدل ايام مرضية من قيل صندوق بدل الايام المرضية

שם הקרון
اسم الصندوق

הצהרה: אנו החותמים מטה מאשרים כי הפרטים שנמסרו על ידי העובד ועל ידיו בטופס התביעה הם נכונים לפי
מייטב ידיעתנו פרט ל: נא לפרט את ההסתיגויות - אם ישן - לגבי התאונה.

تصريح: نحن الموقعون أدناه 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 החובע הווסק כעובד במחסן / במקום העבודה בזמן התאונה
نعم نحن نصرح بأن مقدم الطلب تم تشغيله كعامل في المصنع / في مكان العمل عند وقوع الحادث.

חותימה וחותמת التوقيع والختم	X	שם החותם اسم الموقّع	תפקיד החותם وظيفة الموقّع	תאריך التاريخ
---------------------------------	---	-------------------------	------------------------------	------------------

קופת חולים
 صندوق المرضى
 مهرو
 سنين
 فرع
 لواء

תעודת רפואי ראשונה לנפגע בתאונה شهادة طبية أولى، لمصاب في حادث

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	שם האב اسم الاب	שם הלידה سنة الولادة	מספר הזיהות رقم الهوية	
רחוב شارع	מספר בית رقم البيت	דירות شقة	כינוי الدخل	יישוב البلدة	מיקוד ميكود
טלפון בבית هاتف البيت	טלפון נייד الهاتف الخلوي	מקום התאונה مكان الحادث	תאריך הادע تاريخ الحادث	שעת التاونه ساعة الحادث	
הגיע לטיפולנו بعקבות התאונה وصل للعلاج عقب حادث	שעה الساعة	عامل אجير عامل مستقل	<input type="checkbox"/> עובד שכיר <input type="checkbox"/> עובד עצמאי <input type="checkbox"/> עקרת בית <input checked="" type="checkbox"/> אחר, פרט آخر, فصل		

ב. למילוי ע"י הרופא
בمتعبنة على يد الطبيب

מקצוע/مسلسل יד
مهنة / حرفة

תאזרחות התאונה לפי דבריו הנפגע
وصف الحادث حسب اقوال المصاب

פרטי הטיפול שניתנו לפני הגיעו אלינו והיכן קיבל טיפול
تفاصيل العلاج المقدم قبل وصولنا إليها وأين تلقى العلاج

הממצא הקליני
الوضع العيادي

צילומי רנטגן נעשו ביום
صور الأشعة تمت في معهد

הממצא
الوضع

ביום
بتاريخ

האבחנה
الكشف الطبي

הטיפול שניתנו על ידנו
العلاج الذي قدم من قبلنا

הערות ופרטים נוספים
ملاحظات وتفاصيل أخرى

עובד שכיר ועובד עצמאי
عامل أجير وعامل مستقل

לדעתני אינו מסוגל לעסוק בעבודתו וכך לא בעבודה מתאימה אחרת במשך ים; הינו מיום _____ ימים; הינו מיום _____ איאם; בגיןן מ تاريخ _____ איאם; בגיןן מ تاريخ _____
באعتقدאי לא يستطيع العمل כי עמלת ולא בעמל מלאם אחר למדת

עד יומם _____ בככל כתוצאה מההתאונת.
نهאי נתייהحادث _____ حتى تاريخ _____

AKERET BIET
ריה منزل

כתוצאה מההתאונת אינה מסוגלת לעובדות משק הבית במשך עד יומם _____ ימים; הינו מיום _____ בככל.
نتייח האית לא تستطيع العمل כי האعمال المنزلיה למדת _____ נהייא _____ איאם; בגיןן מ تاريخ _____ איאם; בגיןן מ تاريخ _____

איןנו עובד ואינו עובד עצמאי
לא يعمل أجير ولا يعمل مستقل

כתוצאה מההתאונת עליו להיות מאושפז ו/או מרוחק לבתו במשך עד יומם _____ ימים; הינו מיום _____ בככל.
نتייח האית عليه אנ ימוך כי המסתشف וואו כי ביתה למדת _____ נהייא _____ איאם; בגיןן מ تاريخ _____ איאם; בגיןן מ تاريخ _____

חתימת הרופא השירות הרפואי הרפואי
המוסמך
توقيع الطبيب ولخدمة الطبية المعتمدة

שם הרופא החתום
اسم الطبيب الموقع

תאריך מתן התעודה
تاریخ إعطاء الشهادة

ויתור על סודיות רפואית

המוסד לביטוח לאומי
تنازل عن السرية الطبية
مؤسسة التامين الوطني

תאריך
تاريخ

סניף
فرع

לכבוד
لحضرة

חבר קופ"ח
عضو صندوق المرضى

ח"מ, מס' זהות:
الموقع أدناه، رقم هوية:

אני
أنا

הגור ב
اسكن في

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

אطلب بهذا تقديم أي معلومات لمؤسسة التامين الوطني أو المخول من قبلها المتعلقة بمرضى، وضعى الطبى، العلاج الذى يقدم لي، نتائجه، و/أو أي معلومات أخرى تطلباها، و/أو كل مستند طبى عنى.

X חתימה
توقيع

שם הרופא המטפל
اسم الطبيب المعالج

ויתור על סודיות רפואית

המוסד לביטוח לאומי
تنازل عن السرية الطبية
مؤسسة التامين الوطني

תאריך
تاريخ

סניף
فرع

לכבוד
لحضرة

חבר קופ"ח
عضو صندوق المرضى

ח"מ, מס' זהות:
الموقع أدناه، رقم هوية:

אני
أنا

הגור ב
اسكن في

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

אطلب بهذا تقديم أي معلومات لمؤسسة التامين الوطني أو المخول من قبلها المتعلقة بمرضى، وضعى الطبى، العلاج الذى يقدم لي، نتائجه، و/أو أي معلومات أخرى تطلباها، و/أو كل مستند طبى عنى.

X חתימה
توقيع

שם הרופא המטפל
اسم الطبيب المعالج

ויתור על סודיות רפואית

המוסד לביטוח לאומי

تنازل عن السرية الطبية

مؤسسة التامين الوطني

תאריך
تاريخ

סניף
فرع

לכבוד
لحضرة

(התעודה מצורפת כנספח לטופס).
(الشهادة مرفقة كملحق للنموذج)

חבר קופ"ח
عضو صندوق المرضى

הח"מ, מס'ר זהות:
الموقع أدناه، رقم هوية:

אני
اسكن في

מבקש בזוה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוcho, כל מידע בקשר למחלתי, מצב הרפואה, הטיפול שנייתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודוטיו.

أطلب بهذا تقديم أي معلومات لمؤسسة التامين الوطني أو المخول من قبلها المتعلقة بمرضى، وضعى الطبى، العلاج الذى يقدم لي، نتائجه، و/أو أي معلومات أخرى تطلبها، و/أو كل مستند طبى عنى.

X חתימה
توقيع

שם הרופא המטפל
اسم الطبيب المعالج

תאריך
تاريخ

סניף
فرع

לכבוד
لحضرة

חבר קופ"ח
عضو صندوق المرضى

הח"מ, מס'ר זהות:
الموقع أدناه، رقم هوية:

אני
اسكن في

מבקש בזוה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא-כוcho, כל מידע בקשר למחלתי, מצב הרפואה, הטיפול שנייתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר שידרש על-ידם ו/או כל מסמך רפואי אודוטיו.

أطلب بهذا تقديم أي معلومات لمؤسسة التامين الوطني أو المخول من قبلها المتعلقة بمرضى، وضعى الطبى، العلاج الذى يقدم لي، نتائجه، و/أو أي معلومات أخرى تطلبها، و/أو كل مستند طبى عنى.

X חתימה
توقيع

שם הרופא המטפל
اسم الطبيب المعالج