



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

עמוד 1 מתוך 2

### תאריך מילוי הטופס

|     |   |      |   |     |   |   |   |
|-----|---|------|---|-----|---|---|---|
| 0   | 9 | 1    | 1 | 2   | 0 | 2 | 5 |
| יום |   | חודש |   | שנה |   |   |   |

### תאריך קבלת הטופס בקופה

|     |   |      |   |     |   |   |   |
|-----|---|------|---|-----|---|---|---|
| 2   | 9 | 1    | 0 | 2   | 0 | 2 | 5 |
| יום |   | חודש |   | שנה |   |   |   |

### 1 תאריך הפגיעה

|     |   |      |   |     |   |   |   |
|-----|---|------|---|-----|---|---|---|
| 2   | 1 | 0    | 8 | 2   | 0 | 2 | 5 |
| יום |   | חודש |   | שנה |   |   |   |

### 2 פרטי התובע

שם משפחה

שם פרטי

ת.ז.

ס"ב

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 0 | 5 | 3 | 9 | 0 | 2 | 9 | 2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

מין

תאריך לידה

|     |   |      |   |     |   |   |   |
|-----|---|------|---|-----|---|---|---|
| 1   | 6 | 0    | 4 | 1   | 9 | 8 | 5 |
| יום |   | חודש |   | שנה |   |   |   |

☐ נקבה ☒ זכר

### כתובת

| מיקוד      | יישוב | דירה | כניסה      | מס' בית | רחוב / תא דואר |
|------------|-------|------|------------|---------|----------------|
| 7435960    | נתניה | 18   |            | 100     | ויצמן          |
| טלפון נייד |       |      | טלפון קווי |         |                |
| 0579478583 |       |      | 0568150759 |         |                |

### 3 פרטי התאונה

אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי

בתאריך \_\_\_\_\_ בשעה 06:36 כאשר עבדתי ב \_\_\_\_\_ בדרך לעבודה  
סוג העבודה \_\_\_\_\_

מקום התאונה: ☐ במפעל ☐ ת. דרכים בעבודה ☐ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר \_\_\_\_\_  
כתובת מקום התאונה \_\_\_\_\_

רח' החשמונאים 341, תל אביב

נסיבות הפגיעה / תאור התאונה \_\_\_\_\_  
התחשמות קלה בעת ירידה במדרגות \_\_\_\_\_

האיבר שנפגע

גב תחתון

### 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 חתימת נבדק \_\_\_\_\_ 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 כפגיעה בעבודה, וההחלטה על כך היא בידי המוסד לביטוח לאומי.
- ✍ לתשומת לבך! מסירת פרטים לא נכונים או העלמת מידע מהווים עבירה על החוק.