



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

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

תאריך קבלת הטופס בקופה

| | | | | | | | |
|-----|---|------|---|-----|---|---|---|
| 2 | 7 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 5 |
| שנה | | חודש | | יום | | | |

1 תאריך הפגיעה

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

2 פרטי התובע

שם משפחה

שם פרטי

ת.ז.

| | | | | | | | | |
|-----|---|------|---|-----|---|-----|---|------|
| 1 | 2 | 3 | 7 | 7 | 1 | 6 | 2 | 1 |
| שנה | | חודש | | יום | | ס"ב | | ת.ז. |

מין

תאריך לידה

| | | | | | | | |
|-----|---|------|---|-----|---|---|---|
| 0 | 9 | 0 | 5 | 1 | 9 | 7 | 9 |
| שנה | | חודש | | יום | | | |

☒ זכר ☐ נקבה

כתובת

רחוב / תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

יישוב

מיקוד

1618558

אשדוד

33

א

52

בן גוריון

טלפון נייד

טלפון קווי

| | | | | | | | | |
|-----|---|------|---|-----|---|---|---|---|
| 0 | 5 | 9 | 8 | 5 | 9 | 7 | 7 | 5 |
| שנה | | חודש | | יום | | | | |

| | | | | | | | | |
|-----|---|------|---|-----|---|---|---|---|
| 0 | 5 | 1 | 7 | 5 | 2 | 7 | 2 | 1 |
| שנה | | חודש | | יום | | | | |

3 פרטי התאונה

אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי

בתאריך _____ בשעה 07:10 כאשר עבדתי ב _____ בבית _____
סוג העבודה _____

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

רח' החשמונאים 641, תל אביב

נסיבות הפגיעה / תאור התאונה _____
חבלה בגב בעת ירידה במדרגות _____

האיבר שנפגע

ברך ימין

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 מטופל _____ 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.