



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

בקשה למתן טיפול רפואי  
לנפגע עבודה - עצמאי

אל קופ"ח/ביה"ח שותלים

נא עיין בדבריי ההסבר שבעמוד 2 לפני מילוי הטופס

עמוד 1 מתוך 2

תאריך מילוי הטופס

04042023  
יום חודש שנה

תאריך קבלת הטופס בקופה

05082023  
יום חודש שנה

תאריך הפגיעה

21122023  
יום חודש שנה

1

פרטי התובע

2

שם משפחה

שם פרטי

הדסה

בן חמו

ת.ז.

ס"ב

6593319440

תאריך לידה

22042023  
יום חודש שנה

מין

זכר ☒ נקבה ☐

כתובת

רחוב / תא דואר

מס' בית

כניסה

דירה

יישוב

מיקוד

323292

נתיב השיירה

31

1

131

אל זיתון סמ2

טלפון קווי

טלפון נייד

0549278060

0546088428

פרטי התאונה

3

אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי

מלצרות

סוג העבודה

אחר ☐

תאונה בדרך ללא רכב ☐

דרכים בעבודה ☒

ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐

במשל ☐

מקום התאונה: ☐

כתובת מקום התאונה

הרוגת 55, פוריה - נווה עובד

נפילה על שביל רטוב בעת ביצוע מטלה.

נסיבות הפגיעה / תאור התאונה

האיבר שנפגע

גב

הצהרה

4

אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסרתי 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.

signed

חתימה

רבקה בן עזרא

שם המבקש

למילוי ע"י המוסד הרפואי

5

הנפגע חבר בקופת חולים ☒ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐

הנפגע אינו חבר בקופת חולים ☒

מהות התאונה (אבחנות רפואיות):

1238

7934

## 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.**