



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
בקשה למתן טיפול רפואי  
לנפגע עבודה – עצמאי

חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות / דרכון

סוג המסמך

דפים

עמוד 1 מתוך 2

נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מילוי הטופס

1

פרטי התובע

שם פרטי	שם משפחה	תאריך פגיעה
		שנה חודש יום
ת.ז.	תאריך לידה	מין
ס"ב	שנה חודש יום	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר
דואר אלקטרוני	טלפון נייד	טלפון קווי			
	0	0	<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS		

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)

מיקוד	יישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב / תא דואר

נפגע בתאריך \_\_\_\_\_ בשעה \_\_\_\_\_ כאשר עבד ב \_\_\_\_\_ סוג העבודה \_\_\_\_\_

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

תאור התאונה \_\_\_\_\_

האיבר שנפגע \_\_\_\_\_

אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד **עצמאי** וכי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

שם המבקש \_\_\_\_\_ חתימה **x** \_\_\_\_\_

3

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 (קופת 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 בפגיעהכפגיעה בעבודה, וההחלטה על כך היא בידי המוסד לביטוח לאומי.
- ✍ לתשומת לבך! מסירת פרטים לא נכונים או העלמת מידע מהווים עבירה על החוק.