

עמוד 1 מתוך 2

תאריך מילוי הטופס

14/01/2025

שנה חודש יום

תאריך קבלת הטופס בקופה

שנה חודש יום

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות



בקשה להחן טיפול רפואי
לנפגע עבודה - עצמאי
אל קופ"ח/ביה"ח (3-3)

תאריך הפגיעה

שנה חודש יום

שם תשפחה

שם פרטי

ת.ז.

14/01/2025

שנה חודש יום

מס' פיקוד

מס' לידה

נכה ☐ זקן ☐

מס' בית

מס' כניסה

דירה

לידה

14/01/2025

שנה חודש יום

טלפון בית

טלפון קו

אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגן פגיעה בעבודה שארעה לי

כאשר עבדתי ב- 16/05/22

סוג העבודה

האם התאונתך: ☐ במסלול ☐ ת.דרכים בעבודה ☐ ת.דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך לשם רכב ☐ אחר

שם המבוטח: פרידלנד, פנחס

מס' המבוטח: 14/01/2025

מס' המבוטח: 14/01/2025

מס' המבוטח: 14/01/2025

אני החתימה 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 החברה לא תזכר ע"י המוסד לביטוח לאומי - קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי.

חתימה *

שם המבוטח: פרידלנד, פנחס

למילוי ע"י המוסד הרפואי

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

☐ הנפגע אינו חבר בקופת חולים

☐ נזרע (התאמת רפואית)



טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

מ/283 (05.2010)