



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

בקשה למתן טיפול רפואי
לנפגע עבודה - עצמאי
אל קופ"ח/ח"ביה"ח

תאריך מילוי הטופס

13	11	2026
יום	חודש	שנה

תאריך קבלת הטופס בקופה

יום	חודש	שנה				

תאריך הפגיעה

16/10/2025

1

פרטי התובע

שם משפחה

קוהניק

שם פרטי

לייב

תאריך לידה

21/11/2003

2

מין

זכר ☐ נקבה ☒

כתובת

רחוב / תא דואר

135

דירה

יישוב

תלמי אש"ה

מיקוד

0508954400

טלפון נייד

טלפון קווי

פרטי התאונה

3

אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי

ב-16.10.2025 בשעה 14:00

כאשר עבדתי ב- צמחית

סוג העבודה

אחר ☐ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐

מקום התאונה:

כתובת מקום התאונה

צומת אש"ה

נסיבות הפגיעה / תאור התאונה

בנסתי במהלך טאקו כרטיס

קניתי נחשתי קראל על צולאר גל מממן

האיבר שנפגע

הצהרה

4

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

לייב קוהניק

חתימה

חתימה

5

למילוי ע"י המוסד הרפואי

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

הנפגע אינו חבר בקופת חולים

מהות התאונה (אבחנות רפואיות):



1283

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד