

| | | | | | | | |
|-------------------|------|-----|---|---|---|---|---|
| תאריך מילוי הטופס | | | | | | | |
| 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 5 |
| שנה | חודש | יום | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------------------|------|-----|---|---|---|--|--|
| תאריך קבלת הטופס בקופה | | | | | | | |
| 2 | 9 | 1 | 0 | 2 | 5 | | |
| שנה | חודש | יום | | | | | |

המוסד לביטוח לאומי
מיןיל הגמלאות

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



↳ נא עיין בדברי ההסביר שבעמוד 2 לפני מילוי הטופס

1 תאריך הפגיעה

| | | | | | |
|-----|------|-----|---|---|---|
| 0 | 3 | 1 | 1 | 2 | 5 |
| שנה | חודש | יום | | | |

1

2 פרטי התובע

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-------|----------------|----------|---------|------|------|-------|-----------|-----|---|----|---------|---------|
| שם משפחה | שם פרטי | ת.ז. | | | | | | | | | | | | |
| מיין | תאריך לידה | 0"ב | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> זכר <input checked="" type="checkbox"/> נקבה | <table border="1"> <tr> <td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td> </tr> <tr> <td>2</td><td>8</td><td>1</td> <td>1</td><td>9</td><td>1</td> </tr> </table> | שנה | חודש | יום | 2 | 8 | 1 | 1 | 9 | 1 | <table border="1"> <tr> <td>3</td><td>6</td> </tr> </table> | 3 | 6 | |
| שנה | חודש | יום | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 8 | 1 | 1 | 9 | 1 | | | | | | | | | |
| 3 | 6 | | | | | | | | | | | | | |
| כתובת <table border="1"> <tr> <td>רחוב / תא דואר</td> <td>מספר בית</td> <td> כניסה</td> <td>דירה</td> <td>ישוב</td> <td>מיקוד</td> </tr> <tr> <td>בן גוריון</td> <td>117</td> <td>ג</td> <td>51</td> <td>ברא שבע</td> <td>3240384</td> </tr> </table> | | | רחוב / תא דואר | מספר בית | כניסה | דירה | ישוב | מיקוד | בן גוריון | 117 | ג | 51 | ברא שבע | 3240384 |
| רחוב / תא דואר | מספר בית | כניסה | דירה | ישוב | מיקוד | | | | | | | | | |
| בן גוריון | 117 | ג | 51 | ברא שבע | 3240384 | | | | | | | | | |
| טלפון נייד <table border="1"> <tr> <td>0</td><td>5</td><td>5</td> <td>2</td><td>7</td><td>9</td> <td>2</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>0</td><td>8</td> </tr> </table> | | | 0 | 5 | 5 | 2 | 7 | 9 | 2 | 7 | 6 | 5 | 0 | 8 |
| 0 | 5 | 5 | 2 | 7 | 9 | 2 | 7 | 6 | 5 | 0 | 8 | | | |

2

3 פרטי התאונה

| |
|--|
| אני מבקש לקבל עדשה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי |
| בתאריך <u>04:47</u> כאשר עבדתי ב <u>בגן הציבורי</u> בשעה <u>04:47</u> |
| מקום התאונה: <input type="checkbox"/> במבצע <input type="checkbox"/> ת. זרכיס בעבודה <input type="checkbox"/> ת. זרכיס בזורך לעבודה/מהעבודה <input type="checkbox"/> תאונה בדרך ללא רכב <input type="checkbox"/> אחר |
| כתובת מקום התאונה רחוב ויצו 1081, תל אביב |
| נסיבות הפגיעה / תאור התאונה התחלמלות קלה בעת ירידת ממדרגות |
| האייר שנפגע רגל שמאל |

3

4 הצהרה

| |
|---|
| אני החתום מזהיר כי אני רשום במוסד כעובד <u>עצמאי</u> וכי כל הפרטים שמסרת לי עליהם נכונים ומלאים. |
| ידוע לי שמסירת פרטיים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. |
| ידוע לי שגם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשות לחיב אותה בהוצאות הטיפול הרפואי. |
| שם המבקש חתום על ידי <u>נציג</u> <u>חתימה</u> <u>×</u> |

4

5 למילוי ע"י המוסד הרפואי

- הנפגע חבר בקופה חולים כללית מאוחדת מכבי לאומית
- הנפגע אינו חבר בקופה חולים
- מהות התאונה (אבחנות רפואיות):

5

עצמאי נבדך

- ↳ עובד עצמאי שנפגע בעבודתו (או בדרכו הישרה לעבודתו וממנה), זכאי לטיפול רפואי על חשבן הביטוח הלאומי.
- ↳ תנאי לקבלת טיפול רפואי כאמור הוא, שהinan רשום במוסף כעובד עצמאי.
- ↳ לשם קבלת הטיפול הרפואי עליך לפנות לקופת החוליםים בה הינך חבר (שירותי בריאות כללית, קופ"ח לאומי, קופ"ח מאוחדת, מכבי שירותי בריאות).
- ↳ רק במקרה של צורך דחוף ולשם הגשת עזרה ראשונה בלבד, מותר לפנות חדר מיען או לשירות רפואי קרוב אחר המשך הטיפול הרפואי ינתן אך ורק ע"י השירות הרפואי המוסמך (קופות החוליםים) אשר יחזיר לך את הוצאותיך בעד הטיפול הראשוני.
- אין מחייבים הוצאות בעד כל טיפול נוספת שנitin ע"י שירותי רפואי לא מוסמך.
- ↳ לא יוחזרו הוצאות טיפול רפואי פרט
- ↳ לקבלת הטיפול הרפואי בקופת החוליםים עליך למלא טופס זה יש למלא את הטופס על כל פרטיו, ובמיוחד להזכיר על מלאו נכון נסונ של פרטי האישים, תאריך הפגיעה, שעת הפגיעה ושם קופת החוליםים בה הינך חבר.
- אין להשתמש בטופס זה במקרים של מחלת רגילה או תאונת שהתרחשה שלא במסגרת העבודה.
- שימוש בטופס זה שלא כדין יחייב אותך בתשלום תמורה הטיפול הרפואי.**
- ↳ טופס זה אינו מהוות אישור הכרה בפגיעה כפגיעה בעבודה, וההחלטה על כך היא בידי המוסף לביטוח לאומי.
- ↳ **لتשומת לבך! מסירת פרטיים לא נכונים או העלמת מידע מהוים עבירה על החוק.**