

תאריך מילוי הטופס							
0	6	1	1	2	0	2	5
שנה	חודש	יום					

תאריך קבלת הטופס בקופה						
0	6	1	1	2	0	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

תאריך הפגיעה						
0	5	0	9	2	5	0
שנה	חודש	יום				

פרטי התובע						
ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה				
0 2 7 9 8 0 5 0 2						
מין	מין					
0 6 0 2 1 7 9 1 0 6 0 2 1	תאריך לידיה	<input type="checkbox"/> זכר <input checked="" type="checkbox"/> נקבה				
שנה	חודש	יום				
כתובת						
רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	ישוב	עיר	מיקוד
7896570	104	D	44	רעננה	ישראל	
טלפון נייד	0 5 5 3 2 0 6 6 6 5 4 1 5 8 0 1 4 5 4 3 6 1 4					

פרטי התאונה						
אני מבקש לקבל עדירה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי						
בתאריך	בשעה	16:34	כאשר עבדתי ב	מקום העבודה		
סוג העבודה						
מקום התאונה: <input type="checkbox"/> במבצע <input type="checkbox"/> בת. דרכיס בעבודה <input type="checkbox"/> בת. דרכיס בזרק לעובודה/מהעבודה <input type="checkbox"/> תאונה בזרק ללא רכב <input type="checkbox"/> אחר						
כתובת מקום התאונה						
רחוב ויצו 30, פתח תקווה						
נסיבות הפגיעה / תאור התאונה						
נסיבות קללה במהלך פעילות יומיומית						
האייר שנפגע						
גב תחתון						

הצהרה						
אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד <u>עצמאי</u> וכי כל הפרטים שמסרת לי עליהם נכונים ומלאים.						
ודיע לי שמשמעות פרטים לא נכוןים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק.						
ידוע לי שהאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשות לחיב אותה בהוצאות הטיפול הרפואי.						
שם המבקש חתימה ממוחשבת						
חתימה						

למי שי"י המוסד הרפואי						
<input type="checkbox"/> הנפגע חבר בקופה חולמים <input type="checkbox"/> כללית <input checked="" type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומי						
<input type="checkbox"/> הנפגע אינו חבר בקופה חולמים						
<input type="checkbox"/> מהות התאונה (אבחנות רפואיות):						

עצמאי נבדך

- ↳ עובד עצמאי שנפגע בעבודתו (או בדרכו הישרה לעבודתו וממנה), זכאי לטיפול רפואי על חשבן הביטוח הלאומי.
- ↳ תנאי לקבלת טיפול רפואי כאמור הוא, שהינך רשום במוסף כעובד עצמאי.
- ↳ לשם קבלת הטיפול הרפואי עלייך 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 הוצאותיךبعد הטיפול הראשוני.
- אין מחייבים הוצאות بعد כל טיפול נוספת שניתן ע"י שירות רפואי לא מוסמך.
- ↳ לא יוחזרו הוצאות טיפול רפואי פרטיו
- ↳ לקבלת הטיפול הרפואי בקופת החוליםים עלייך למלא טופס זה יש למלא את הטופס על כל פרטיו, ובמיוחד להזכיר על מלאו נכון של פרטי האישים, תאריך הפגיעה, שעת הפגיעה ושם קופת החוליםים בה הינך חבר.
- אין להשתמש בטופס זה במקרים של מחלת רגילה או תאונה שהתרחשה שלא במסגרת העבודה.
- שימוש בטופס זה שלא כדין יחייב אותך בתשלום תמורה הטיפול הרפואי.**
- ↳ טופס זה אינו מהווע אישור הכרה בפגיעה כפגיעה בעבודה, וההחלטה על כך היא בידי המוסף לביטוח לאומי.
- ↳ **لتשומת לבך! מסירת פרטים לא נכונים או העלמת מידע מהווים עבירה על החוק.**