

תאריך מילוי הטופס

תאריך קבלת הטופס בקופה

2	9	1	0	2	0	2	5
יום	חודש					שנה	

המוסד לביטוח לאומי
מין'רל הגלומות



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

נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מילוי הטופס

תאריך הפגיעה

פרטי התובע שם משפחה שם פרטי ת.ז. ס"ב 3 0 5 3 9 0 2 9 2	תאריך לידה מי מין זכר <input checked="" type="checkbox"/> נקבה 1 6 0 4 1 5 8 9 6 5 יום חודש שנה	כתובת רחוב / תא דואר מספר בית כניסה דירה יישוב מייקוד 7435960 נתניה 18 100	טלפון נייד טלפון קווי 0 5 7 9 4 7 8 5 8 3 0 5 6 8 1 5 0 7 5 9
---	---	---	--

3
פרטי התאונה
אני מבקש לקבל עזרה רפואי בגין פגיעה בעבודה שארעה לי
בתאריך _____ בשעה _____ אשר עבדתי ב _____
בדרך לעבודה _____ סוג העבודה _____
מקום התאונה: במפעל ת. דרכים בעבודה תאונה בדרך ללא רכב אחר _____
כתובת מקום התאונה _____
רחוב החשמונאים 341, תל אביב
נסיבות הפגיעה / תאור התאונה _____
התחשמלות קלה בעת ירידה במדרגות _____
האיבר שנפגע גב תחתון _____

הזהרה 4

אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במועד כעובד **עצמאי** וכי כל הפרטים שמסחרתי לעיל הם נכונים ומלאים.
ידוע לי שמשמעות פרטים לא נכוןים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק.
ידוע לי שם הטעיה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשאי לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי.

חתימה **X**

שם המבקש חתימת נבדק _____

5

למילוי ע"י המודד הרפואי

- הנפגע חבר בקופת חולים כללית מאוחדת מכבי לאומית
- הנפגע אינו חבר בקופת חולים
- מהות התאונה (בדיקות 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 שנitin 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.**