

## תאריך מילוי הטופס

תאריך קבלת הטופס בקופה

1	0		1	1		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

<b>פרטי התובע</b> <b>שם משפחה</b> <b>ת.ז.</b> ס"ב 9 2 1 4 6 7 8 0 4	<b>שם פרטי</b> <b>מין</b> <b>תאריך לידה</b> <input checked="" type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
1   0   8   7   6   4   1   2   9 ים   חודש   שנה   1   0   8   1   5   9   6   9   5	<b>כתובת</b> <b>רחוב / תא דואר</b> <b>מספר בית</b> <b> כניסה</b> <b>דירה</b> <b>יישוב</b> <b>מייקוד</b>
הרצל 8064814	הרצליה 8 20
<b>טלפון נייד</b> סלולן קוווי 4 9 5 3 4 4 2 9 5 0	סלולן קוווי סלולן קוווי 5 9 0 0 6 0 9 5

**3** **פרטי התאונה**  
אני מבקש לקבל עזרה רפואי בגין פגיעה בעבודה שארעה לי  
בתאריך \_\_\_\_\_ בשעה \_\_\_\_\_ אשר עבדתי ב \_\_\_\_\_  
בדרך הביתה \_\_\_\_\_ סוג העבודה \_\_\_\_\_  
מקום התאונה:  במפעל  ת. דרכים בעבודה  תאונה בדרך ללא רכב  אחר \_\_\_\_\_  
כתובת מקום התאונה \_\_\_\_\_  
רחוב וצמן 71, הרצליה  
נסיבות הפגיעה / תיאור התאונה \_\_\_\_\_  
התחשמלות קלה במהלך פעילות יומיומית \_\_\_\_\_  
האיבר שנפגע \_\_\_\_\_  
רגל ימין \_\_\_\_\_

הצהרה 4

אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במווד 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 התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשות לחיב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי.

למיילן ע"י המוסד הרפואי

הנפגע חסר בקופת חולים  כללית  מאוחדת  מכבי  לאומית  
 הנפגע אינו חסר 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 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.**