

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

תאריך קבלת הטופס בקופה						
0	6	1	1	2	5	0
שנה	חודש	יום				

המוסד לביטוח לאומי
מנהל הכללי



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

↳ נא עיין בדברי ההסביר שבעמוד 2 לפני מילוי הטופס

1 תאריך הפגיעה

3	1	0	8	2	0	5
שנה	חודש	יום				

1

2 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.																								
מיין	תאריך לידה	0"ג																								
<input type="checkbox"/> זכר <input checked="" type="checkbox"/> נקבה																										
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>דיזנגוף</td> <td>107</td> <td>ג</td> <td>32</td> <td>פתח תקווה</td> <td>7628658</td> </tr> <tr> <td>טלפון נייד</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>3</td> <td>0 5 7 3 5 5 6 3 2 0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>6</td> <td>9</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>7 4 0 6 9 1 5 0 6</td> </tr> </table>			רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד	דיזנגוף	107	ג	32	פתח תקווה	7628658	טלפון נייד	0	5	6	3	0 5 7 3 5 5 6 3 2 0		6	9	1	4	7 4 0 6 9 1 5 0 6
רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד																					
דיזנגוף	107	ג	32	פתח תקווה	7628658																					
טלפון נייד	0	5	6	3	0 5 7 3 5 5 6 3 2 0																					
	6	9	1	4	7 4 0 6 9 1 5 0 6																					

2

3 פרטי התאונה

אני מבקש לקבל עדשה רפואית בגין פגיעה בעבודה שאירעה לי
בתאריך _____ בשעה 03:22 כאשר עבדתי ב _____
במדרגות הבניין סוג העבודה _____
מקום התאונה: <input type="checkbox"/> במפעל <input type="checkbox"/> ת. דרכיס בעבודה <input type="checkbox"/> ת. זרכיס בזורך לעובודה/מהעבודה <input type="checkbox"/> תאונה בדרך ללא רכב <input type="checkbox"/> אחר _____
כתובת מקום התאונה _____
רחוב שדרות חן 031, אשדוד
נסיבות הפגיעה / תאיור התאונה _____
תאונת דרכיס קלה במהלך פעילות יומיומית _____
האייר שנפגע <input type="checkbox"/> שכם ימין _____

3

4 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.
חתימה
שם המבקש חתימה אלקטרוני _____

4

5 למילוי ע"י המוסד הרפואי

הנפגע חבר בקופה חולמים כללית מאוחדת מכבי לאומי

הנפגע אינו חבר בקופה חולמים

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, 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.**