

תאריך מילוי הטופס

תאריך קבלת הטופס בקופה

0	9		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

	ת.ז. ס"ב 7 5 4 9 8 2 5 1 1 1 1	שם פרטי	שם משפחה	מספר 2									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">יום</td> <td style="width: 10%;">חודש</td> <td style="width: 10%;">שנה</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">8 9</td> <td style="width: 10%;">1 2 7 1 7 1 1 5 2 8 9 4 5 7</td> <td style="width: 10%;">תאריך לידה</td> </tr> </table>					יום	חודש	שנה	1	2	3	8 9	1 2 7 1 7 1 1 5 2 8 9 4 5 7	תאריך לידה
יום	חודש	שנה	1	2	3	8 9	1 2 7 1 7 1 1 5 2 8 9 4 5 7	תאריך לידה					
<input checked="" type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה													
<u>כתובת</u>													
רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב									
מייקוד													
4823390	31	א	52	נתניה									
טלפון נייד טלפון קווי													
													

3 **פרטי התאונה**
אני מבקש לקבל עזרה רפואי בגין פגיעה בעבודה שארעה לי
בתאריך _____ בשעה _____ אשר עבדתי ב _____
בבית הספר _____ סוג העבודה _____
מקום התאונה: במפעל ת. דרכים בעבודה ת. דרכים בדרך לעבודה/
מזהה לעבודה תאונה בדרך ללא רכב אחר _____
כתובת מקום התאונה _____
רחוב שדרות חן 371, הרצליה
נסיבות הפגיעה / תיאור התאונה _____
התחשמלות קלה במהלך העבודה _____
האיבר שנפגע _____
רגל שמאל _____

הצהרה **4**
אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במועד כעובד **עצמאי** וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים.
ידוע לי שמשמעות פרטים לא נכוןים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק.
ידוע לי שם הנסיבות לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשאי לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי.
שם המבקש חתימה אלקטרוני _____
חתימה x

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 הוצאותיך بعد הטיפול הראשוני.
- אין מחייבים הוצאותتك בעד 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.**