

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

המוסד לביטוח לאומי
מינימליזציה



**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	שם פרטי	שם משפחה
0 3 2 5 7 0 4 9 1			
6 8 9 1 2 שנה חודש יום		תאריך לידה	
		<input checked="" type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	
כתובת			
רחוב / תא דואר	מספר מיקוד	שם יישוב	שם בית כניסה
אבן גבrial	9700144	ראשון לציון	ד 29 60 דירה
טלפון נייד		טלפון קווי	
6 2 7 4 6 2 8 6 סדר		6 7 4 6 2 8 6 סדר	

פרטי התאונה 3
אני מבקש לקבל עזרה רפואי בגין פגיעה בעבודה שארעה לי
בתאריך _____ בשעה _____ אשר עבדתי ב _____
סוג העבודה _____
מקום התאונה: במפעל ת. דרכים בעבודה תאונה בדרך ללא רכב אחר
כתובת מקום התאונה _____
רחוב יהודה הלוי 109, רעננה
נסיבות הפגיעה / תאור התאונה _____
גפייה ממדרגות בעת ירידת ממדרגות _____
האיבר שנפגע גב תחתון _____

הצהרה 4

אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוודע 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 אוטי בהזאות הטיפול הרפואי.

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 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.**