

תאריך מילוי הטופס							
0	3	1	1	2	0	2	5
שנה	חודש	יום					

תאריך קבלת הטופס בקופה						
3	1	1	0	2	5	2
שנה	חודש	יום				

המוסד לביטוח לאומי
מנהל הכלליות

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



↳ נא עיין בדברי ההסביר שבעמוד 2 לפני מילוי הטופס

1 תאריך הפגיעה

2	4	0	9	2	5
שנה	חודש	יום			

1

2 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מספר זהה																																																																	
מיין	תאריך לידה	0"ג	ט.ז.																																																																	
<input checked="" type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	0	1	0	6	2	0	0	5	שנה	חודש	יום						<table border="1"> <tr> <td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>5</td><td>7</td><td>6</td><td>8</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	2	1	2	5	7	6	8	9	שנה	חודש	יום						<table border="1"> <tr> <td>6905964</td><td>אלנבי</td><td>טלפון קווי</td> </tr> <tr> <td>55</td><td>א</td><td>טלפון נייד</td> </tr> <tr> <td>אשדוד</td><td>98</td><td><table border="1"> <tr> <td>0</td><td>5</td><td>1</td><td>5</td><td>8</td><td>6</td><td>2</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table></td> </tr> <tr> <td>מיקוד</td><td>מס' בית</td><td>כניסה</td><td>דירה</td><td>ישוב</td><td>רחוב / תא דואר</td><td>שם משפחה</td><td>מין</td> </tr> </table>	6905964	אלנבי	טלפון קווי	55	א	טלפון נייד	אשדוד	98	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>5</td><td>1</td><td>5</td><td>8</td><td>6</td><td>2</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	0	5	1	5	8	6	2	9	שנה	חודש	יום						מיקוד	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	רחוב / תא דואר	שם משפחה	מין
0	1	0	6	2	0	0	5																																																													
שנה	חודש	יום																																																																		
2	1	2	5	7	6	8	9																																																													
שנה	חודש	יום																																																																		
6905964	אלנבי	טלפון קווי																																																																		
55	א	טלפון נייד																																																																		
אשדוד	98	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>5</td><td>1</td><td>5</td><td>8</td><td>6</td><td>2</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	0	5	1	5	8	6	2	9	שנה	חודש	יום																																																							
0	5	1	5	8	6	2	9																																																													
שנה	חודש	יום																																																																		
מיקוד	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	רחוב / תא דואר	שם משפחה	מין																																																													

2

3 פרטי התאונה

אני מבקש לקבל עדשה רפואית בגין פגיעה בעבודה שאירעה לי

בתאריך _____ בשעה 00:00 כאשר עבדתי ב _____ סוג העבודה

מקום התאונה: במבצע ת. דרכיס בעבודה ת. זרכיס בזורך לעבודה/מהעבודה תאונה בדרך ללא רכב אחר _____ כתובות מקום התאונה

רחוב שדרות חן 88, חיפה

נסיבות הפגיעה / תאיור התאונה

תאיוןת דרכיס קלה

האייר שנפגע צוואר

4 הצהרה

אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרת לי עליהם נכונים ומלאים.

ודיע לי שמסירת פרטיים 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 לאומית

הנפגע אינו חבר בקופה חולמים

מהות התאונה (אבחנות 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.**