

תאריך מילוי הטופס

תאריך קבלת הטופס בקופה

1	0	1	1	2	0	2	5
יום	חודש	שנה					

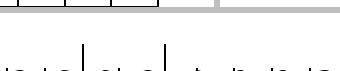
המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות



**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. 0"ג	שם פרטי: סימה	שם משפחה: סימה				
 תאריך לידה: סימה	סימה <input checked="" type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	סימה כתובת				
סימה רחוב / תא דואר	סימה מיקוד	סימה כניסה	סימה מס' בית	סימה דירה	סימה יישוב	סימה מיקוד
סימה aben gibrol	סימה 3570349	סימה נתניה	סימה 66	סימה 17	סימה נס ציונה	סימה תל אביב יפו
סימה 	סימה 					

פרטי התאונה	3
אני מבקש לקבל עזרה רפואי בגין פגיעה בעבודה שארעה לי	
בתאריך _____	בשעה _____
בדרך הביתה	17:34
סוג העבודה	כאשר עבדתי ב _____
מקום התאונה: <input type="checkbox"/> במפעל <input type="checkbox"/> ת. דרכים בעבודה <input type="checkbox"/> ת. דרכים בדרך לעבודה/ <input checked="" type="checkbox"/> תאונה בדרך ללא רכב <input type="checkbox"/> אחר	
כתובת מקום התאונה	
רחוב אלנבי 66, הרצליה	
נסיבות הפגיעה / תיאור התאונה	
התחשמלות קלה במהלך העבודה	
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 אותי בהוצאות הטיפול הרפואי.

חתימה x _____ שם המבקש חתימת מטופל _____

למיילן ע"י המוסד הרפואי

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 תאונת 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.**