

תאריך מילוי הטופס

תאריך קבלת הטופס בקופה

0	4		1	1		2	0	2	5
יום		חודש		שנה					

המוסד לביטוח לאומי
מינימל גמלאות



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

נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מילוי הטופס

תאריך הפגיעה

תאזריר הפגיעה

1

ת.ז.	ו"ג	שם פרטי	פרטי התובע	
4 5 8 7 5 2 8 6 4				
3 7 9 1 0 2 2 1 0 2 שנה חודש יום		תאריך לידה <input checked="" type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
כתובת				
רחוב / תא דואר				
מספר מיקוד	שם יישוב	דירה	כניסה	מספר בית
4754083	באר שבע	9	ב	50
טלפון קווי				
0 5 1 6 9 1 4 3 4 4				
0 5 2 7 0 2 6 3 7 4				

פרטי התובע

2

שם פרטי

שם משפחה

מיא

תאריר ל'ז

מיא

כתרון

מספר מס' בית	שם רחוב	מספר תא דואר
טלפון נייד	טלפון קווי	שם יצמן
4754083	באר שבע 9	ב 50
0 5 1 6 9 1 4 3 4 4	0 5 2 7 0 2 6 3 7 4	

פרק ה' מזון

3

פרטי התאונה	3
אני מבקש לקבל עזרה רפואי בגין פגיעה בעובודה שארעה לי	
בתאריך _____ במדרגות הבניין _____ בשעה _____ סוג העבודה _____	13:50 כאשר עבדתי ב _____
מקום התאונה: <input type="checkbox"/> במפעל <input type="checkbox"/> ת. דרכים בעבודה <input type="checkbox"/> ת. דרכים בדרך לעבודה/ מזהה לעבודה <input type="checkbox"/> תאונה בדרך ללא רכב <input type="checkbox"/> אחר _____ כתובת מקום התאונה _____	
רחוב ויצמן 831, אשדוד	
נסיבות הפגיעה / תיאור התאונה _____	
חתך ביד במהלך פעילות יומיומית _____	
האיבר שנפגע _____ יד שמאל _____	

המשך

4

הצהרה 4

אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במועד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתתי 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 רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי.

חתימה X

שם המבקש חתימת מטופל

שם המבקש חתימת מטופל

חתימתה

למילוי ע"י המוסד הרפואי

5

5

למילוי ע"י המודד הרפואי

הנפגע חבר בקופת חולים כללית מאוחדת מכבי לאומית

הנפגע אינו חבר בקופת חולים מהות התאונה (בדיקות רפואיות):

--	--	--	--

--	--	--	--

טופס זה מנוסח בלשון זכר פונה לנשים וגברים אחד

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.**