

## תאריך מילוי הטופס

תאריך קבלת הטופס בקופה

1	0		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

 <b>ת.ז.</b> <b>ס"ב</b>	<b>שם פרטי</b>  <b>שם משפחה</b>	<b>מספר מסמך</b> <b>2</b>
 <b>תאריך לידה</b> <b>מיהי</b>	<input checked="" type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> זכר	
<b>כתובת</b>		
<b>רחוב / תא דואר</b> <b>מייקוד</b> <b>2026450</b>	<b>שם יישוב</b> <b>דירה</b> <b>מספר בית</b> <b>119</b>	<b>כינוי</b> <b>שם כניסה</b> <b>שם דירה</b> <b>שם יישוב</b> <b>שם מיקוד</b>
<b>טלפון נייד</b> 		

3	<b>פרטי התאונה</b>	
אני מבקש לקבל עזרה רפואי בגין פגיעה בעבודה שארעה לי		
בתאריך _____	בשעה _____	בכיבוש _____
		אשר עבדתי ב _____
סוג העבודה _____		
מקום התאונה: <input type="checkbox"/> במבצע <input type="checkbox"/> ת. דרכים בעבודה <input type="checkbox"/> ת. דרכים בדרך לעבודה/ <input type="checkbox"/> תאונה בדרך ללא רכב <input type="checkbox"/> אחר _____		
כתובת מקום התאונה _____		
רחוב אלנבי 1821, אשדוד		
נסיבות הפגיעה / תאור התאונה _____		
גnewline פילה מדרגות במהלך פעילות יומיומית _____		
האיבר שנפגע צוואר _____		

**הצהרה** 4  
אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במועד כעובד עצממי 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**  \_\_\_\_\_  
שם המבקש חתימה אלקטרוני \_\_\_\_\_

**למיילן ע"י המוסד הרפואי**

הנפגע חסר בקופת חולים  כללית  מאוחדת  מכבי  לאומית  
 הנפגע אינו חסר בקופת חולים  
 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.**