

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

תאריך קבלת הטופס בקופה							
0	8	1	1	2	5		
שנה	חודש	יום					

המוסד לביטוח לאומי  
מיןיל הגמלאות



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

↳ נא עיין בדברי ההסביר שבעמוד 2 לפני מילוי הטופס

#### 1 תאריך הפגיעה

0	4	1	0	2	5
שנה	חודש	יום			

1

#### 2 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	ס"ב	7	0	5	4	5	5	4	8	
מין	תאריך לידה	2	9	1	9	9	2	8	0	3	1	0
☐ זכר ☐ נקבה	טלפון נייד	6	2	5	2	4	2	1	5	0	4	1
כתובת	רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד	1360694	ראשון לציון	44	ב	62	טלפון קווי

2

#### 3 פרטי התאונה

אני מבקש לקבל עדשה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי בתאריך _____ בשעה _____ 17:04 כאשר עבדתי ב _____ סוג העבודה _____
מקום התאונה: <input type="checkbox"/> במבצע <input type="checkbox"/> ת. זרכיס בעבודה <input type="checkbox"/> ת. זרכיס בזורך לעבודה/מהעבודה <input type="checkbox"/> תאונה בזורך ללא רכב <input type="checkbox"/> אחר _____ כתובת מקום התאונה _____
רחוב הרצל 281, פתח תקווה
נסיבות הפגיעה / תאור התאונה _____ נפילה ממדרגות במהלך עבודה _____
האייר שנפגע יד ימין

3

#### 4 הצהרה

אני החתום מזהיר כי אני רשום במוסד כעובד <u>עצמאי</u> וכי כל הפרטים שמסרת לי עליהם נכוןים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטיים לא נכוןים או הולמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שהמצבה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשות לחיב אותה בהוצאות הטיפול הרפואי. שם המבקש חתימת נבדק _____ חתימה <b>✗</b>
---

4

#### 5 למילוי ע"י המוסד הרפואי

הנפגע חבר בקופה חולים  כללית  מאוחדת  מכבי  לאומית

הנפגע אינו חבר בקופה חולים

מהות התאונה (אבחנות רפואיות):



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, שהinan רשום במוסף כעובד עצמאי.
- ↳ לשם קבלת הטיפול הרפואי עליך 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 בעד הטיפול הראשוני.
- אין מחייבים הוצאות בעד כל טיפול נוספת שנitin ע"י שירותי רפואי לא מוסמך.
- ↳ לא יוחזרו הוצאות טיפול רפואי פרט
- ↳ לקבלת הטיפול הרפואי בקופת החוליםים עליך למלא טופס זה יש למלא את הטופס על כל פרטיו, ובמיוחד להזכיר על מלאו נכון נסונ 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 מהוות אישור הכרה בפגיעה כפגיעה בעבודה, וההחלטה על כך היא בידי המוסף לביטוח לאומי.
- ↳ **لتשומת לבך! מסירת פרטים לא נכונים או העלמת מידע מהוים עבירה על החוק.**