

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

תאריך קבלת הטופס בקופה					
0	7	1	2	0	5
שנה	חודש	יום			

המוסד לביטוח לאומי
מיןאל 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

1	0	1	1	2	0
שנה	חודש	יום			

2

פרטי התובע

שם משפחה

 זכר נקבה

ת.ז.	שם פרטי	
5 2 8 7 3 0 6 7 8 0"ג		
שנה	חודש	יום

תאריך לידה

מין

 זכר נקבה

כתובת					
רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
9404197	13		36	תל אביב	
טלפון נייד	טלפון קווי				
0 5 0 4 5 7 3 4 9 6 0	0 5 3 7 3 4 0 9 6 0				

3

פרטי התאונת

אני מבקש לקבל עדשה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארכעה לי

בתאריך בבית הספר בשעה 12:40 כאשר עבדתי ב סוג העבודה

מקום התאונת: במבצע ת. זרכיס בעבודה ת. זרכיס בזורך לעובודה/מהעבודה תאונה בדרך ללא רכב אחר

כתובת מקום התאונת

רחוב אלנבי 711, תל אביב

כתובת

נסיבות הפגיעה / תאור התאונת

פגיעה במהלך ספורט במהלך עבודה

האייר שנפגע רגלי שמאל

4

הצהרהאני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתתי לעיל הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכוןים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק.

ידוע לי שהאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשות לחיבoti אותה בהוצאות הטיפול הרפואי.

חתימה

שם המבקש חתימת מטופל

5

למילוי ע"י המוסד הרפואי

הנפגע חבר בקופה חולמים כללית מאוחדת מכבי לאומיות

הנפגע אינו חבר בקופה חולמים

מהות התאונת (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 הוצאותיךبعد הטיפול הראשוני.
- אין מחייבים הוצאות بعد 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.**