

<b>תאריך מילוי הטופס</b>							
0	5	1	1	2	0	2	5
שנה	חודש	יום					

<b>תאריך קבלת הטופס בקופה</b>						
2	7	1	0	2	5	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

<b>תאריך הפגיעה</b>	1
1   2   1   0   2   5	
שנה      חודשים      יום	

<b>פרטי התובע</b>		2
שם משפחה	שם פרטי	
7   1   2   1   6   7   1   7	ת.ז.	
	ס"ב	
1   9   1   1   8   7   9   1	תאריך לידיה	מיں
שנה      חודשים      יום		<input checked="" type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
<b>כתובת</b>		
רחוב / תא דואר	מספר בית	כינוי
מיקוד	דירה	ישוב
9371638	א	כニסה
טלפון נייד	23	טלפון קווי
0   5   3   5   3   8   0   1   0	60	0   8   0   5   6   3   2   4

<b>פרטי התאונה</b>		3
אני מבקש לקבל עדירה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארכעה לי		
בתאריך	בשעה	כאשר עבדתי ב
בדרך לעבודה	09:34	סוג העבודה
מקום התאונה: <input type="checkbox"/> במפעל <input type="checkbox"/> ת. דרכיס בעבודה <input type="checkbox"/> ת. זרכיס בזרק לעובודה/מהעבודה <input type="checkbox"/> תאונה בדרך ללא רכב <input type="checkbox"/> אחר	כתובת מקום התאונה	
רחוב ז'בוטינסקי 14, הרצליה		
נסיבות הפגיעה / תאור התאונה		
מכה בראש בעית ירידת במדרגות		
האייר שנפגע יד ימין		

<b>הצהרה</b>		4
אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד <u>עצמאי</u> וכי כל הפרטים שמסרתתי לעיל הם נכונים ומלאים.		
דועלי שמשמעות פרטים לא נכוןים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק.		
ידוע לי שהאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החוליםים רשאית לחיבר אותה בהוצאות הטיפול הרפואי.		
חתימה	שם המבקש חתימת מטופל	

<b>למילוי ע"י המוסד הרפואי</b>		5
<input type="checkbox"/> הנפגע חבר בקופה חולמים <input type="checkbox"/> כללית <input checked="" type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית		
<input type="checkbox"/> הנפגע אינו חבר בקופה חולמים		
<input type="checkbox"/> מהות התאונה (אבחנות רפואיות):		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 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 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.**