

<b>תאריך מילוי הטופס</b>						
1	6	1	0	2	0	2  5
שנה	חודש	יום				

<b>תאריך קבלת הטופס בקופה</b>						
0	9	1	1	2	0	5
שנה	חודש	יום				

המוסד לביטוח לאומי  
מנהל הכלליות

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	2	0	9	2	0	5
שנה	חודש	יום				

1

### 2 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מספר זהה																																																																																																																					
מיין	תאריך לידה	0"ג	ת.ז.																																																																																																																					
<input type="checkbox"/> זכר <input checked="" type="checkbox"/> נקבה	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>3</td><td>1</td><td>9</td><td>8</td><td>6</td><td>7</td><td>6</td><td>8</td><td>1</td><td>3</td><td>5</td><td>1</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	0	1	0	3	1	9	8	6	7	6	8	1	3	5	1	8	7	6	5	שנה	חודש	יום																		<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>3</td><td>1</td><td>9</td><td>8</td><td>6</td><td>7</td><td>6</td><td>8</td><td>1</td><td>3</td><td>5</td><td>1</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	0	1	0	3	1	9	8	6	7	6	8	1	3	5	1	8	7	6	5	שנה	חודש	יום																		<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>3</td><td>1</td><td>9</td><td>8</td><td>6</td><td>7</td><td>6</td><td>8</td><td>1</td><td>3</td><td>5</td><td>1</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	0	1	0	3	1	9	8	6	7	6	8	1	3	5	1	8	7	6	5	שנה	חודש	יום																	
0	1	0	3	1	9	8	6	7	6	8	1	3	5	1	8	7	6	5																																																																																																						
שנה	חודש	יום																																																																																																																						
0	1	0	3	1	9	8	6	7	6	8	1	3	5	1	8	7	6	5																																																																																																						
שנה	חודש	יום																																																																																																																						
0	1	0	3	1	9	8	6	7	6	8	1	3	5	1	8	7	6	5																																																																																																						
שנה	חודש	יום																																																																																																																						
כתובת	רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	מיקוד																																																																																																																	
אלנבי	35	36	נתניה	תל אביב	טלפון נייד	טלפון קווי	טלפון קווי	טלפון קווי	טלפון קווי																																																																																																															
3	תאריך התאונת	שעה	05:15	כasher עבדתי ב	בדרך לעבודה																																																																																																																			

2

### 3 פרטי התאונת

אני מבקש לקבל עדשה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארכעה לי	בתאריך	בשעה	05:15	כאשר עבדתי ב	בדרך לעבודה	סוג העבודה	מקום התאונת: <input type="checkbox"/> במבצע <input type="checkbox"/> ת. זרכיס בעבודה <input type="checkbox"/> ת. זרכיס בזרק לעובודה/מהעבודה <input type="checkbox"/> תאונה בזרק ללא רכב <input type="checkbox"/> אחר	כתובת מקום התאונת
סיבות הפגיעה / תאור התאונת	רחוב ויצמן 401, באר שבע	החלקה בבית בעת ירידת במדרגות	האייר שנפגע	צוואר				

3

### 4 הצהרה

אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרת לי עליהם נכונים ומלאים.  
דועו לי שמשמעות 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

4

### 5 למילוי ע"י המוסד הרפואי

הנפגע חבר בקופה חולמים  כללית  מאוחדת  מכבי  לאומיות

הנפגע אינו חבר בקופה חולמים

מהות התאונת (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, 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 תאונת 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.**