

תאריך מילוי הטופס

תאריך קבלת הטופס בקופה

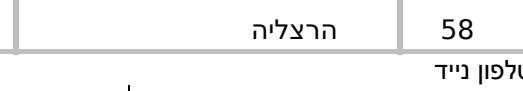
המוסד לביטוח לאומי
מין'רל הגלומות



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

נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מילוי הטופס

תאריך הפגיעה

 ת.ז. 0"ג	שם פרטי:	שם משפחה:
תאריך לידה: 		
מין: <input checked="" type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
כתובת		
רחוב / תא דואר:	מיקוד:	מ.ב. בית:
הרצל	0228085	103
נספון נייד:	טלפון קווי:   	

3	פרטי התאונה
אני מבקש לקבל עזרה רפואי בגין פגיעה בעבודה שארעה לי	
בתאריך <u>19:19</u> בשעה <u>במגרש הספורט</u> סוג העבודה	כאשר עבדתי ב
מקום התאונה: <input type="checkbox"/> במפעל <input type="checkbox"/> ת. דרכים בעבודה <input type="checkbox"/> ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה <input type="checkbox"/> תאונה בדרך ללא רכב <input type="checkbox"/> אחר	
כתובת מקום התאונה	
רחוב אלנבי 07, חיפה	
נסיבות הפגיעה / תיאור התאונה	
חתרן ביד במהלך פעילות יומיומית	
האיבר שנפגע גב תחתון	

הצהרה 4
אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במועד כעוגד **עצמאי** וכי כל הפרטים שמסחרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמשמעות פרטים לא נכוןים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שם הטעיה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשות לחיב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי.

<input type="checkbox"/> הנפגע חסר בקופת חולים <input type="checkbox"/> כללית <input checked="" type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית	<input type="checkbox"/> הנפגע אינו חסר בקופת חולים	<input checked="" type="checkbox"/> 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, 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.**