

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

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

1

#### 2 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.
מיין	תאריך לידה	0"ב
<input checked="" type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		8   4   0   8   8   4   0   6   0
		2   3   0   9   9   1   6   9   1
		שנה חודשים יומם
כתובת		
רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה
מיקוד	דירה	שם יישוב
8475838	ג	104
טלפון נייד	טלפון קווי	
0   5   8   1   3   7   3   4   6	0   3   2   1   5   1   7   0   2   1   0	

2

#### 3 פרטי התאונה

אני מבקש לקבל עדשה רפואית בגין פגעה בעבודה שארעה לי
בתאריך _____ בשעה 12:06 כאשר עבדתי ב _____
מקום העבודה _____ סוג העבודה _____
מקום התאונה: <input type="checkbox"/> במבצע <input type="checkbox"/> בת. דרכיס בעבודה <input type="checkbox"/> בת. זרכיס בזורך לעבודה/מהעבודה <input type="checkbox"/> תאונה בדרך ללא רכב <input type="checkbox"/> אחר _____
כתובת מקום התאונה _____
רחוב הרצל 7, רעננה
נסיבות הפגיעה / תאור התאונה _____
נפילה ממדרגות בעת ירידת במדרגות _____
האייר שנפגע צוואר _____

3

#### 4 הצהרה

אני החתום מזהיר כי אני רשום במוסד כעובד <u>עצמאי</u> וכי כל הפרטים שמסרת לי עליהם נכוןים ומלאים.
ידוע לי שמשמעות פרטים לא נכוןים או הטענת נתונים מהווים עבירה על החוק.
ידוע לי שהאמת בתביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשות לחיב אותה בהוצאות הטיפול הרפואי.
שם המבקש חתימת מטופל _____
חתימה <b>X</b> _____

4

#### 5 למילוי ע"י המוסד הרפואי

הנפגע חבר בקופה חולמים  כללית  מאוחדת  מכבי  לאומית

הנפגע אינו חבר בקופה חולמים

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, שהinanך 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 שירות רפואי לא מוסמך.
- ↳ לא יוחזרו הוצאות טיפול רפואי פרטי
- ↳ לקבלת הטיפול הרפואי בקופת החוליםים עליך למלא טופס זה יש למלא את הטופס על כל פרטיו, ובמיוחד להזכיר על מלאו נכון 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 מהוועוד אישור הקרה בפגיעה כפגיעה בעבודה, וההחלטה על כך היא בידי המוסף לביטוח לאומי.
- ↳ **لتשומת לבך! מסירת פרטים לא נכונים או העלמת מידע מהוועוד עבירה על החוק.**