

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

| | | | | | | | |
|-------------------------------|------|-----|---|---|---|---|---|
| תאריך קבלת הטופס בקופה | | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 2 | 5 | 2 | 0 | 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

| | | | |
|-----|------|-----|---|
| 2 | 1 | 0 | 5 |
| | | | |
| שנה | חודש | יום | |

1

2 פרטי התובע

| | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------|
| שם משפחה | שם פרטי | ת.ז. |
| | | ו"ג |
| מין | תאריך לידיה | |
| <input checked="" type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה | 1 7 0 5 1 9 7 8 | שנה חודשים יום |
| כתובת | | |
| רחוב / תא דואר | מספר בית | כניסה |
| מי קו | דירה | ישוב |
| 0511239 | ב | 33 |
| טלפון נייד | טלפון קווי | |
| | 4 0 4 6 7 3 0 5 0 | |

2

3 פרטי התאונה

| |
|---|
| אני מבקש לקבל עדירה רפואית בגין פגעה בעבודה שארכעה לי |
| בתאריך _____ בשעה 14:39 כאשר עבדתי ב _____ |
| בדרך לעבודה _____ סוג העבודה _____ |
| מקום התאונה: <input type="checkbox"/> במפעל <input type="checkbox"/> ת. זרכיס בעבודה <input type="checkbox"/> ת. זרכיס ביזור לעובודה/מהעבודה <input type="checkbox"/> תאונה בדרך ללא רכב <input type="checkbox"/> אחר _____ |
| כתובת מקום התאונה _____ |
| רחוב ויצמן 1, אשדוד |
| נסיבות הפגיעה / תאור התאונה _____ |
| מכה בראש _____ |
| האייר שנפגע _____ רגל שמאל |

3

4 הצהרה

| |
|--|
| אני החתום מזהיר כי אני רשום במוסד כעובד <u>עצמאי</u> וכי כל הפרטים שמסרת לי עליהם נכונים ומלאים. |
| ודיע לי שמשמעות פרטים לא נכוןים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. |
| ידעו לי שהאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשות לחיב אותה בהוצאות הטיפול הרפואי. |
| שם המבקש חתימת נבדק _____ |
| חתימה X _____ |

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, 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.**