

תאריך מילוי הטופס						
0	4	1	1	2	0	2
יום	חודש					שנה

תאריך קבלת הטופס בקופה

3	1	1	0	2	0	2	5
יום	חודש	שנה					

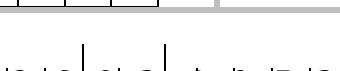
המוסד לביטוח לאומי
מין'רל הגלומות



**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. ס"ב 7 3 2 9 4 5 2 5 5	שם פרטי: <input type="text"/>	שם משפחה: <input type="text"/>												
 ים חודש שנה 2 3 0 3 1 7 9 3		מין: <input checked="" type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה													
כתובת <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">רחוב / תא דואר</td> <td style="width: 25%;">מספר בית</td> <td style="width: 25%;">כניסה</td> <td style="width: 25%;">דירה</td> </tr> <tr> <td>י.הודה הלו'</td> <td>10</td> <td></td> <td>49</td> </tr> <tr> <td>0642624</td> <td>ראשון לציון</td> <td>ישוב</td> <td>מייקוד</td> </tr> </table>				רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	י.הודה הלו'	10		49	0642624	ראשון לציון	ישוב	מייקוד
רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה												
י.הודה הלו'	10		49												
0642624	ראשון לציון	ישוב	מייקוד												
 טלפון נייד: 3 9 0 8 1 1 0 0 6 5 0 6 0 8 0		 טלפון קווי: 9 8 1 7 6 0 4 1 0 5 0 6 0 8 1 0													

3 **פרטי התאונה**
אני מבקש לקבל עזרה רפואי בגין פגיעה בעבודה שארעה לי
בתאריך _____ בשעה _____ אשר עבדתי ב _____
בכוביש _____ סוג העבודה _____
מקום התאונה: במבצע ת. דרכים בעבודה ת. דרכים בדרך לעבודה/ תאונה בדרך ללא רכב אחר _____
כתובת מקום התאונה _____
רחוב החשמונאים 561, פתח תקווה
נסיבות הפגיעה / תאור התאונה _____
התחשמלות קלה _____
האיבר שנפגע _____
שם ימי _____

הצהרה 4

אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוודע כעובד 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 התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשות לחיב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי.

למיילן ע"י המוסד הרפואי

5

הנפגע חסר בקופת חולים כללית מאוחדת מכבי לאומית

הנפגע אינו חסר בקופת חולים

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, 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 הוצאותיך بعد הטיפול הראשוני.
- אין מחייבים הוצאותتك בעד 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.**