

תאריך מילוי הטופס

תאריך קבלת הטופס בקופה

0	7	1	1	2	0	2	5
יום	חודש	שנה	יום				

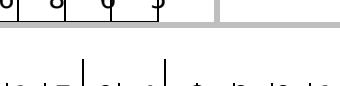
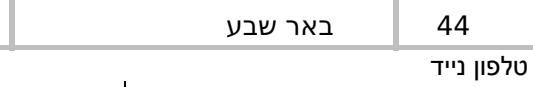
המוסד לביטוח לאומי מין'היל הגמלאות



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	שם פרטי שם משפחה
 תאריך לידה	מי <input type="checkbox"/> זכר <input checked="" type="checkbox"/> נקבה
כתובת	
רחוב / תא דואר מיקוד	מספר בית כניסה דירה יישוב
2948040	ב 2 באר שבע 44
טלפון נייד 	טלפון קווי 

3	פרטי התאונה
אני מבקש לקבל עזרה רפואי בגין פגיעה בעבודה שארעה לי	
בתאריך _____	בשעה _____ 03:58 כאשר עבדתי ב _____
בדרך הביתה	סוג העבודה
מקום התאונה: <input type="checkbox"/> ב�מפעל <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	
רח' דיזנגוף 61, הרצליה	
נסיבות הפגיעה / תיאור התאונה	
פגיעה בעבודה בעת ירידה במדרגות	
האיבר שנפגע	
ברך ימין	

הצהרה 4
אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במועד כעוגד **עצמאי** וכי כל הפרטים שמסרתי 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 רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי.

<input type="checkbox"/> הנפגע חסר בקופת חולים <input checked="" type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית	<input type="checkbox"/> הנפגע אינו חבר 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 שירות 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 פרטיים לא נכונים או העלמת מידע מהוים עבירה על החוק.**