

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

תאריך קבלת הטופס בקופה					
0	3	1	1	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

2	9	0	8	2	5
שנה	חודש	יום			

1

2 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.																																
מיין	תאריך לידה	0"ג																																
<input type="checkbox"/> זכר <input checked="" type="checkbox"/> נקבה		<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>8</td><td>3</td><td>7</td><td>9</td><td>0</td><td>6</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	0	8	3	7	9	0	6	8	שנה	חודש	יום																					
0	8	3	7	9	0	6	8																											
שנה	חודש	יום																																
כתובת																																		
רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה																																
3823229	109	D																																
טלפון נייד	טלפון קווי																																	
<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>5</td><td>0</td><td>7</td><td>4</td><td>6</td><td>2</td><td>3</td> </tr> <tr> <td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	0	5	0	7	4	6	2	3	שנה	חודש	יום						<table border="1"> <tr> <td>6</td><td>9</td><td>8</td><td>7</td><td>3</td><td>1</td><td>5</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	6	9	8	7	3	1	5	0	שנה	חודש	יום						
0	5	0	7	4	6	2	3																											
שנה	חודש	יום																																
6	9	8	7	3	1	5	0																											
שנה	חודש	יום																																

2

3 פרטי התאונה

אני מבקש לקבל עדירה רפואית בגין פגעה בעבודה שארכעה לי
בתאריך _____ בשעה 17:55 כאשר עבדתי ב _____ בגין הציבורי _____
מקום התאונה: <input type="checkbox"/> במפעל <input type="checkbox"/> ת. דרכיס בעבודה <input type="checkbox"/> ת. זרכיס בזורך לעבודה/מהעבודה <input type="checkbox"/> תאונה בזורך ללא רכב <input type="checkbox"/> אחר _____
כתובת מקום התאונה _____
רחוב בן גוריון 31, ראשון לציון
נסיבות הפגיעה / תאור התאונה _____
חתן ביד במהלך העבודה _____
האייר שנפגע יד ימין _____

3

4 הצהרה

אני החתום מזהיר כי אני רשום במוסד כעובד <u>עצמאי</u> וכי כל הפרטים שמסרת לי עליהם נכונים ומלאים.
ודיע לעלי שמסירת פרטים לא נכוןים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק.
ידעו לי שהאם התביעה לא תוכר עיי' המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשות לחיב אותה בהוצאות הטיפול הרפואי.
חתימה
שם המבקש נתחת על ידי <u>נציג</u> _____

4

5 למילוי עיי' המוסד הרפואי

הנפגע חבר בקופה חולמים כללית מאוחדת מכבי לאומית

הנפגע אינו חבר בקופה חולמים

מהות התאונה (אבחנות רפואיות):



עצמאי נבדך

- ↳ עובד עצמאי שנפגע בעבודתו (או בדרכו הישרה לעובודתו 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.**