

תאריך מילוי הטופס						
3 0 1 0 2 0 2 5	שנה	חודש	יום			

תאריך קבלת הטופס בקופה						
0 6 1 1 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

1 0 0 9 2 5	שנה	חודש	יום
-----------------------	-----	------	-----

1

2 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מספר זהב
מיין	תאריך לידה	3 3 0 1 0 7 8 4 2	2 7 0 8 1 9 9 5
<input checked="" type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		רחוב / תא דואר	מספר בית
טלפון קווי	טלפון נייד	מיקוד	שם יישוב
טלפון קווי	טלפון נייד	4253218	רחוב / תא דואר
טלפון קווי	טלפון נייד	שם יישוב	שם כניסה
טלפון קווי	טלפון נייד	שם כניסה	שם דירה
טלפון קווי	טלפון נייד	טלפון קווי	שם מיקוד

2

3 פרטי התאונה

אני מבקש לקבל עדשה רפואית בגין פגיעה בעבודה שאירעה לי

בתאריך 13:43 כאשר עבדתי ב במגרש הספורט במשך שעה 13:43 כשהרעדתי ב סוג העבודה

מקום התאונה: במפעל ת. דרכיס בעבודה ת. זרכיס ביזור לעובודה/מהעבודה תאונה בדרך ללא רכב אחר

כתובת מקום התאונה

רחוב דיזנגוף 331, רעננה

נסיבות הפגיעה / תאור התאונה

נפילת מדרגות במהלך העבודה

האייר שנפגע צוואר

4 הצהרה

אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתתי לעיל הם נכונים ומלאים.

ודיע לי שמשמעות פרטים לא נכוןים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק.

ידוע לי שהאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשות לחיב אותה בהוצאות הטיפול הרפואי.

חתימה

שם המבקש חתימה אלקטרוני

4

5 למילוי ע"י 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 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.**