

תאריך מילוי הטופס

תאריך קבלת הטופס בקופה

0	3	1	1	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 הסביר שבעמוד 2 לפני מילוי הטופס

תאריך הפגיעה

ת.ז. ס"ב	שם פרטי	שם משפחה																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">5</td> </tr> </table>	2	7	9	4	0	7	9	7	5	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">6</td> </tr> </table>	0	2	0	3	1	5	9	9	6	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">יום</td> <td style="width: 10%;">חודש</td> <td style="width: 10%;">שנה</td> <td style="width: 10%;">תאריך לידה</td> <td style="width: 10%;">מין</td> </tr> </table>	יום	חודש	שנה	תאריך לידה	מין
2	7	9	4	0	7	9	7	5																	
0	2	0	3	1	5	9	9	6																	
יום	חודש	שנה	תאריך לידה	מין																					
<input type="checkbox"/> זכר <input checked="" type="checkbox"/> נקבה																									
כתובת																									
רחוב / תא דואר	שם יישוב	מספר דירה	מספר כניסה																						
2687032	ראשון לציון	22	ג																						
טלפון נייד	טלפון קווי																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">8</td> </tr> </table>	0	5	1	0	9	9	3	3	4	8	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">5</td> </tr> </table>			0	5	2	5	3	2	4	2	9	5		
0	5	1	0	9	9	3	3	4	8																
0	5	2	5	3	2	4	2	9	5																

4 **הצהרה**
אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במווד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסמירת פרטים לא נכון או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. _____
שם המבקש חתימה ממוחשבת _____
חתימה ✕

למיילן ע"י המוסד הרפואי	5
<input type="checkbox"/> הנפגע חסר בקופת חולים <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input checked="" type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> הנפגע אינו חסר 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 שירותי 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.**