

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

תאריך קבלת הטופס בקופה					
3	0	1	0	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

1	5	0	9	2	6	5
שנה	חודש	יום				

1

2 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	ס"ב	תאריך לידה	מין
אלנבי	זכר	נקבה			
טלפון קווי	טלפון נייד	0597055440	6540297	2195079	7990510
רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
23	ד		42	ירושלים	2713276

2

3 פרטי התאונה

אני מבקש לקבל עדשה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי

בתאריך בדרך לעבודה בשעה 14:27 כאשר עבדתי ב סוג העבודה

מקום התאונה: במבצע ת. זרכיס בעבודה ת. זרכיס בזורך לעבודה/מהעבודה תאונה בזורך ללא רכב אחר

כתובת מקום התאונה: רח' החשמונאים 321, הרצליה

נסיבות הפגיעה / תאור התאונה

נפילה מאופנים במהלך עבודה

האייר שנפגע יד ימין

3

4 הצהרה

אני החתום מזהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרת לי עליהם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטיים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק.

ידוע לי שהטעם התובעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשות לחיבoti באותו בהתוצאות הטיפול הרפואי.

שם המבקש חתימה רפואית חתימה X

4

5 למלוי ע"י המוסד הרפואי

הנפגע חבר בקופה חולים כללית מאוחדת מכבי לאומי

הנפגע אינו חבר בקופה חולים

מהות התאונה (אבחנות רפואיות):



5

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 פרטים לא נכונים או העלמת מידע מהוים עבירה על החוק.**