

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

תאריך קבלת הטופס בקופה

3	1	1	0	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 ההסבר שבעמוד 2 לפני מילוי הטופס**

תאריך הפגיעה

ת.ז.	ו"ב	שם פרטי	פרטי התובע		
		שם משפחה			
		תאריך לידה	מי		
		כתובת	נקבה <input checked="" type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/>		
רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	מספר-ID
אלנבי	13	א	5	reuvena	5897804
				טלפון נייד	

3	<b>פרטי התאונה</b>
אני מבקש לקבל עזרה רפואי בגין פגיעה בעבודה שארעה לי	
בתאריך _____	בשעה <u>03:38</u> אשר עבדתי ב _____
סוג העבודה _____ בגן הציבורי _____	ממקום התאונה: <input type="checkbox"/> בפעל <input type="checkbox"/> ת. דרכים בעבודה <input type="checkbox"/> ת. דרכים בדרך לעבודה/ ממקום העבודה: <input type="checkbox"/> תאונה בדרך ללא רכב <input type="checkbox"/> אחר _____
כתובת מקום התאונה רחוב הרצל 38, נתניה	
נסיבות הפגיעה / תאור התאונה _____	
חלוקת בבית מהלך פעילות יומיומית _____	
האיבר שנפגע _____ רגל ימין	

**הצהרה** 4  
אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במועד כעובד 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 התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשות לחיב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי.  
**חתימה**   
שם המבקש חתימה אלקטרוני \_\_\_\_\_

**למיילן ע"י המוסד הרפואי**

### 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 הוצאותיךبعد הטיפול הראשוני.
- אין מחייבים הוצאות بعد כל טיפול נוספת שניתן 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.**