

תאריך מילוי הטופס									
5	2	0	2	1	0	8	2	0	5
שנה	חודש	יום							

תאריך קבלת הטופס בקופה

1	0	1	1	2	0	2	5
יום	חודש	שנה					

המוסד לביטוח לאומי
מנהל הגמלאות



**בקשה למתן טיפול רפואי
לנפגע בעבודה - עצמאי
אל קופ"ח/ביה"ח**

נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מילוי הטופס

תאריך הפגיעה

פרטי התובע שם משפחה ת.ז. ס"ב 3 7 0 4 0 7 2 8 9	שם פרטי מי תאריך לידה 4 7 9 1 2 2 0 9 ים חודש שנה	כתובת רחוב / תא דואר מספר בית כניסה שם יישוב מיקוד יהודה הלוי 82 ב 60 תל אביב יישוב דירה מושב רחוב / תא דואר
טלפון נייד סלפון קווי 6 9 4 2 6 5 6 5 0 7 0 5 6 9 4 2 6 6 9 4 0 7		

פרטי התאונה	3
אני מבקש לקבל עזרה רפואי בגין פגיעה בעבודה שארעה לי	
בתאריך _____	בשעה _____
בדרך הביתה	כasher עבדתי ב _____
סוג העבודה	_____
מקום התאונה: <input type="checkbox"/> במפעל <input type="checkbox"/> ת. דרכים בעבודה <input type="checkbox"/> ת. דרכים בדרך לעבודה/ מזהה <input type="checkbox"/> תאונה בדרך ללא רכב <input type="checkbox"/> אחר	
כתובת מקום התאונה	
רחוב דיזנגוף 68, נתניה	
נסיבות הפגיעה / תיאור התאונה	
חבלה בגב	
האיבר שנפגע	
רגל ימין	

הצהרה 4
אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במווד 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 ממוחשבת**

למילוי ע"י המוסד הרפואי
5

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.**