

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

**תאריך קבלת הטופס בקופה**

2	8	1	0	2	0	2	5
יום		חודש		שנה			

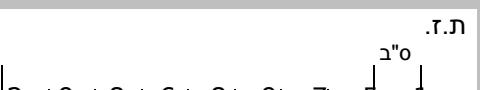
המוסד לביטוח לאומי  
מינימל גמלאות



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

**נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מילוי הטופס**

תאריך הפגיעה

 ת.ז. ס"ב 2   9   8   6   8   9   7   5   1	<b>שם פרטי</b> <b>שם משפחה</b>	<b>מספר תעודת זהות</b>
<b>תאריך לידה</b>  שנה   חודש   יom 0   5   0   2   1   9   6   7   9   0		<b>מין</b> <input type="checkbox"/> זכר <input checked="" type="checkbox"/> נקבה
<b>כתובת</b>		
<b>רחוב / תא דואר</b> <b>מיקוד</b> רחוב טבריה 8448240	<b>מספר בית</b> <b>כניסה</b> <b>דירה</b> מושב פתח תקווה 4	<b>טלפון נייד</b> <b>טלפון קווי</b>  0   5   2   0   6   1   3   9   0   5      0   5   8   9   0   2   5   8   8   7

**פרטי התאונה** 3  
אני מבקש לקבל עזרה רפואי בגין פגיעה בעבודה שארעה לי  
בתאריך \_\_\_\_\_ בשעה \_\_\_\_\_:09 אשר עבדתי ב \_\_\_\_\_  
במדרגות הבניין \_\_\_\_\_ סוג העבודה \_\_\_\_\_  
מקום התאונה:  במפעל  ת. דרכים בעבודה  תאונה בדרך ללא רכב  אחר \_\_\_\_\_  
כתובת מקום התאונה \_\_\_\_\_  
רחוב הרצל 541, באר שבע  
נסיבות הפגיעה / תיאור התאונה \_\_\_\_\_  
מכה בראש במלול פעילות יומיומית \_\_\_\_\_  
האיבר שנפגע \_\_\_\_\_  
רגל ימין

הצהרה **4**  
אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במועד כעובד **עצמאי** וכי כל הפרטים שמסחרתי לעיל הם נכונים ומלאים.  
ידוע לי שמשמעות פרטיטים לא נכוןים או העלמת נתוניים מהווים עבירה על החוק.  
ידוע לי שם סבירת הטענה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשאי לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי.  
שם המבקש חתום על ידי נציג \_\_\_\_\_  
**חתימה x**

5

למילוי ע"י המודד הרפואי

הנפגע חבר בקופת חולים  כללית  מאוחדת  מכבי  לאומית

הנפגע אינו חבר בקופת חולים

מהות התאונה (בדיקות 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 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.**