

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

תאריך קבלת הטופס בקופה					
0	4	1	1	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

2	1	0	9	2	5
שנה	חודש	יום			

1

2 פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	ס"ב	1	0	7	4	8	9	1	1	3																																																																					
מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה																																																																														
<input checked="" type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>4</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>3</td> </tr> <tr> <td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr></table>	1	4	0	6	2	0	1	0	6	2	0	1	3	שנה	חודש	יום											<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>4</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>3</td> </tr> <tr> <td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr></table>	1	4	0	6	2	0	1	0	6	2	0	1	3	שנה	חודש	יום											<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>4</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>3</td> </tr> <tr> <td>שנה</td><td>חודש</td><td>יום</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr></table>	1	4	0	6	2	0	1	0	6	2	0	1	3	שנה	חודש	יום										
1	4	0	6	2	0	1	0	6	2	0	1	3																																																																					
שנה	חודש	יום																																																																															
1	4	0	6	2	0	1	0	6	2	0	1	3																																																																					
שנה	חודש	יום																																																																															
1	4	0	6	2	0	1	0	6	2	0	1	3																																																																					
שנה	חודש	יום																																																																															
כתובת																																																																																	
רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	ס"ב	1	0	7	4	8	9	1	1	3																																																																
רחוב מיקוד	מספר דoor	טלפון נייד	טלפון בית	טלפון נייד	טלפון בית	טלפון מיקוד	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	ס"ב	1	0	7	4	8	9	1	1	3																																																														
8463138	7	טל אביב	טלפון בית	טלפון נייד	טלפון מיקוד	רחוב מיקוד	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	ס"ב	1	0	7	4	8	9	1	1	3																																																														

2

3 פרטי התאונה

אני מבקש לקבל עדשה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי	בתאריך <u>03:58</u> בשעה <u>03:58</u> כאשר עבדתי ב <u>במגרש הספורט</u> סוג העבודה <u>מפעל</u>
מקום התאונה: <input type="checkbox"/> במבצע <input type="checkbox"/> ת. זרכיס בעבודה <input type="checkbox"/> ת. זרכיס בזורך לעבודה/מהעבודה <input type="checkbox"/> תאונה בדרך ללא רכב <input type="checkbox"/> אחר	כתובת מקום התאונה
רחוב דיזנגוף 5, פתח תקווה	נסיבות הפגעה / תאיור התאונה
מכה בראש בעית ירידת במדרגות	האיבר שנפגע
ברך ימין	ברך ימין

3

4 הצהרה

אני החתום מזהיר כי אני רשום במוסד כעובד <u>עצמאי</u> וכי כל הפרטים שמסרת לי עליהם נכונים ומלאים.	
ידוע לי שמסירת פרטיים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק.	
ידוע לי שהאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החוליםים רשאית לחיבר אותה בהוצאות הטיפול הרפואי.	
חתימה <u>xxxx</u>	שם המבקש חתום על ידי נציג <u>xxxx</u>

4

5 למלוי ע"י המוסד הרפואי

- הנפגע חבר בקופה חולים כללית מאוחדת מכבי לאומית
- הנפגע אינו חבר בקופה חולים מוגן מוגן
- 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 פרטיים לא נכונים או העלמת מידע מהוים עבירה על החוק.**