

תאריך מילוי הטופס

תאריך קבלת הטופס בקופה

0	3	1	1	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 1 | 5 | 2 | 0 | 8 | 1 | 3

ת.ז. ס"ב	שם פרטי	שם משפחה																			
<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>5</td><td>3</td><td>6</td><td>6</td><td>7</td><td>2</td><td>4</td><td>4</td><td>6</td></tr> </table>	5	3	6	6	7	2	4	4	6	מ.י.											
5	3	6	6	7	2	4	4	6													
<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>2</td><td>4</td><td>0</td><td>9</td><td>1</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>6</td></tr> <tr><td colspan="3">שנה</td><td colspan="3">חודש</td><td colspan="3">יום</td></tr> </table>	2	4	0	9	1	7	8	9	6	שנה			חודש			יום			תאריך לידה	מי	
2	4	0	9	1	7	8	9	6													
שנה			חודש			יום															
<input type="checkbox"/> זכר <input checked="" type="checkbox"/> נקבה																					
כתובת																					
רחוב / תא דואר	שם מיקוד	מספר בית	כניסה	דירה	יישוב	שם	שם	שם													
אלנבי 3131578	טלפון נייד	109	א	24	רعنנה	ישוב	דירה	רחוב / תא דואר													
<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>6</td><td>7</td><td>3</td><td>3</td><td>6</td><td>8</td><td>6</td><td>5</td><td>0</td></tr> </table>	6	7	3	3	6	8	6	5	0	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>6</td><td>0</td></tr> </table>	1	1	0	6	2	1	1	6	0		
6	7	3	3	6	8	6	5	0													
1	1	0	6	2	1	1	6	0													

3	פרט התאונה
אני מבקש לקבל עזרה רפואי בגין פגיעה בעבודה שארעה לי	
בתאריך <u>14:18</u> אשר עבדתי ב	<u>בגן הצבורי</u> בשעה
סוג העבודה	
מקום התאונה: <input type="checkbox"/> בפעל <input type="checkbox"/> ת. דרכים בעבודה <input type="checkbox"/> ת. דרכים בדרך לעבודה/ <input type="checkbox"/> תאונה בדרך ללא רכב <input type="checkbox"/> אחר	
כתובת מקום התאונה	
<u>רחוב אבן גבירול 167, ראשון לציון</u>	
נסיבות הפגיעה / תאור התאונה	
<u>פגיעה במהלך ספורט בעת ירידת מדרגות</u>	
האיבר שנפגע	
<u>רגל שמאל</u>	

הצהרה 4
אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במועד כעוגד **עצמאי** וכי כל הפרטים שמסחרתי 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 אוטי בהוצאות הטיפול הרפואי.
שם המבקש חתימת בבד **חתימה x**

למיילן ע"י המוסד הרפואי	5
<input type="checkbox"/> הנפגע חסר בקופת חולים <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input checked="" type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> הנפגע אינו חסר בקופת חולים <input checked="" type="checkbox"/> מהות התאונה (אבחנות 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, 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 שירות 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.**