

תאריך מילוי הטופס						
1	7	1	0	2	0	2 5
שנה	חודש	יום				

תאריך קבלת הטופס בקופה						
1	1	1	2	5	2	0
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	0	6
שנה	חודש	יום				

2

פרטי התובע

שם משפחה

ת.ז.	שם פרטי
3 0 2 7 5 0 8 8 3	

תאריך לידיה

1 0 0 2 1 9 6 1		
שנה	חודש	יום

מין

 זכר נקבה
כתובת

רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
ד'ボוטינסקי	30			ירושלים	9871741

טלפון נייד

4 0 0 4 5 5 9 7 2 4

3

פרטי התאונה

אני מבקש לקבל עדירה רפואית בגין פגעה בעבודה שארכעה לי

בתאריך בשעה 10:13 כאשר עבדתי ב במגרש הספורט סוג העבודהמקום התאונה: במבצע ת. זרכיס בעבודה ת. זרכיס בזורך לעבודה/מהעבודה תאונה בדרך ללא רכב אחר כתובות מקום התאונה

רחוב אלנבי 561, רעננה

נסיבות הפגיעה / תאור התאונה
מכה בראש במלהך פעילות יומיומית

האייר שנפגע צוואר

הצהרה

4

אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרת לך עליהם נכוןים ומלאים.

דועלי שמשמעות פרטים לא נכוןים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק.

ידועלי שהאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשות לחיבoti אותה בהוצאות הטיפול הרפואי.

חתימה

שם המבקש חתימת נבדק

5

למילוי ע"י המוסד הרפואי
 הנפגע חבר בקופה חולמים כללית מאוחדת מכבי לאומיות

 הנפגע אינו חבר בקופה חולמים

 מהות התאונה (אבחנות רפואיות):


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.**