

תאריך מילוי הטופס

תאריך קבלת הטופס בקופה

0	7	1	1	2	0	2	5
יום		חודש			שנה		

המוסד לביטוח לאומי
מינימל גמלאות



**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	שם פרטי	ת.ז.							
		5 0 7 3 8 0 0 5 9 ו"ב							
תאריך לידה מ'י <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 15%;">יום</td> <td style="width: 15%;">חודש</td> <td style="width: 15%;">שנה</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">+</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">3 9 9</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">1 2 0 6</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">1</td> </tr> </table>			יום	חודש	שנה	+	3 9 9	1 2 0 6	1
יום	חודש	שנה	+	3 9 9	1 2 0 6	1			
<input checked="" type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה									
כתובת									
רחוב / תא דואר	מספר בית	 כניסה	דירה	יישוב	מיקוד				
יודהה הלוי	47	ד	55	bara Shabu	8783903				
טלפון נייד			טלפון קווי <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 15%;">ט'</td> <td style="width: 15%;">5 7 2 4 4 9 4 2 8</td> <td style="width: 15%;">ט'</td> <td style="width: 15%;">5 4 4 5 3 7 4 5 4</td> </tr> </table>			ט'	5 7 2 4 4 9 4 2 8	ט'	5 4 4 5 3 7 4 5 4
ט'	5 7 2 4 4 9 4 2 8	ט'	5 4 4 5 3 7 4 5 4						

3	פרטי התאונה	
אני מבקש לקבל עזרה רפואי בגין פגיעה בעבודה שארעה לי		
בתאריך _____	בשעה _____	בחולף היום _____
בוגם העבודה _____		אשר עבדתי ב _____
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 _____		
רחוב דיזנגוף 48, פתח תקווה		
נסיבות הפגיעה / תאור התאונה _____		
פגיעה בעבודה במהלך פעילות יומיומית _____		
האיבר שנפגע <input type="checkbox"/> יד ימין		

הצהרה 4

אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוודע כעובד 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 בהזאות הטיפול הרפואי.

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, 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.**