

תאריך מילוי הטופס					
5	0	2	0	2	5
יומן	חודש	שנה			

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

 ת.ז. ס"ב	שם פרטי שם משפחה	מספר מסמך 2			
 תאריך לידה שנה יומן חודש שנה	מין <input checked="" type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה				
כתובת					
רחוב / תא דואר	מספר בית	 כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
שדרות חן 2314032	ג 25		58	ירושלים	יי' 0
טלפון נייד 			טלפון קווי 		

פרטי התאונה	3
אני מבקש לקבל עזרה רפואי בגין פגיעה בעבודה שארעה לי	
בתאריך _____ בשעה _____ סוג העבודה _____ בגן הציבורי _____	כאשר עבדתי ב _____ ממקום התאונה: <input type="checkbox"/> במבצע <input type="checkbox"/> ת. דרכים בעבודה <input type="checkbox"/> ת. דרכים בדרך לעבודה/ ממקום העבודה <input type="checkbox"/> תאונה בדרך ללא רכב <input type="checkbox"/> אחר
כתובת מקום התאונה רחוב ז'בוטינסקי 111, חיפה	
נסיבות הפגיעה / תיאור התאונה התחסמלות קלה במהלך העבודה	
האיבר שנפגע צוואר	

הצהרה 4
אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במווד 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 אותי בהוצאות הטיפול הרפואי.
חתימה  **שם המבקש חתימה אלקטרוני** _____

5

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 תאונת 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.**