

<b>תאריך מילוי הטופס</b>							
0	3	1	1	2	0	2	5
שנה	חודש	יום					

<b>תאריך קבלת הטופס בקופה</b>						
2	7	1	0	2	5	2
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	3	1	0	2	5
שנה	חודש	יום			

1

### 2 פרטי התובע

ת.ז. 6   8   1   1   8   0   2   3   6	שם פרטי	שם משפחה
מין <input checked="" type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	תאריך לידה 7   9   6   1	שם דיזנגוף
רחוב / תא דואר 5257097	מספר בית 20	מספר כניסה טלפון נייד 0   5   2   4   2   2   6   5   8   7   4   7   1   4   5   6   7   1   4   5
מיקוד טלפון קווי	מספר דירה ד'	שם יישוב רחוב הרצל 44, ירושלים

2

### 3 פרטי התאונה

אני מבקש לקבל עדשה רפואית בגין פגעה בעבודה שארכעה לי בתאריך _____ בשעה 18:35 כאשר עבדתי ב _____ במדרגות הבניין סוג העבודה _____
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 _____
נסיבות הפגיעה / תאור התאונה _____ נפילה ממדרגות _____ האייר שנפגע צוואר _____

3

### 4 הצהרה

אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד <u>עצמאי</u> וכי כל הפרטים שמסרת לי עליהם נכוןים ומלאים. ודיע לי שמשמעות פרטים לא נכוןים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שהאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשאי לחיב אותה בהוצאות הטיפול הרפואי. שם המבקש חתימה רפואית _____ חתימה <b>X</b>
--

4

### 5 למילוי ע"י המוסד הרפואי

הנפגע חבר בקופה חולמים  כללית  מאוחדת  מכבי  לאומית

הנפגע אינו חבר בקופה חולמים

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, 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.**