

תאריך מילוי הטופס

תאריך קבלת הטופס בקופה

0	2	1	1	2	0	2	5
יום	חודש			שנה			

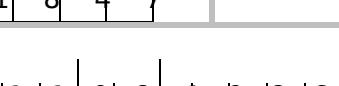
המוסד לביטוח לאומי
מין'רל הגלומות



בקשה למתן טיפול רפואי
לנפגע בעבודה - עצמאי
אל קופ"ח/ביה"ח

נא עיין בדברי הסביר שבעמוד 2 לפני מילוי הטופס

תאריך הפגיעה

 ת.ז. ס"ב	שם פרטי שם משפחה
 תאריך לידה	מין <input checked="" type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
כתובת	
רחוב / תא דואר מספר בית כינוי	שם יישוב שם דירה שם כניסה
7194140 שדרות חן	51 חיפה
טלפון נייד 	טלפון קווי 

3	פרט התאונה
אני מבקש לקבל עזרה רפואי בגין פגיעה בעבודה שארעה לי	
בתאריך _____ במדרגות הבניין _____ בשעה _____ סוג העבודה _____	אשר עבדתי ב _____ 02:12
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	
רח' הרצל 98, באר שבע	
נסיבות הפגיעה / תאור התאונה	
התחשמלות קלה בעת ירידה במדרגות	
האיבר שנפגע יד ימין	

4 **הצהרה**
אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במועד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמשמעות פרטים לא נכוןים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שם הטעיה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי.

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 מהווע אישור הקרה בפגיעה כפגיעה בעבודה, וההחלטה על כך היא בידי המוסף לביטוח לאומי.
- ↳ **لتשומת לבך! מסירת פרטיים לא נכונים או העלמת מידע מהוועים עבירה על החוק.**