

המוסד לבימוח לאומי מינהל הגמלאות

בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה - עצמאי





פרטי התובע פרטי התובע שם משפחה שם פרטי שם פרטי מין נחמני מין מין מין מין מין מין מין מין מין מי			יי הטופס	<u>עמיר</u> מוד 2 לפני מיל	:יה"ח ברי ההסבר שבע	אל קופ"ח/נ נא עיין בז		
שם משפחה שם פרטי רחל או או או או או או או א	L			3	יך הפגיעה	תאו	1	
שם משפחה שם פרטי רחל או או או או או או או א								
נחמני נחמני נחמני נחמני בו במני נחמני מודע לאומי בין פגיעה בעבודה במיד לעבודה בין לעבודה מודא מוד מביע בעבודה בין באינה בעבודה בין לעבודה בין בין לעבודה בין לעבודה בין לעבודה בין ביים לעבודה בין בין לעבודה בין בין לעבודה בין ביים לעבודה בין ביים בין ביים לעבודה בין ביים לעבודה בין ביים לעבודה בין ביים ביים ביים ביים לעבודה בין לעבודה בין ביים ביים ביים ביים לעבודה בין ביים ביים ביים ביים ביים ביים ביים							. 2	
נחמני נחמני מאריך לידה מאריך לידה מאריך לידה מאריך לידה מאריך לידה מאריך לידה מאריך לידה מאריך לידה מאריך לידה מאריך מאריד	7.0			שם פו טי		אם משפווה		
מין מרוב (מובת מונה מונה מונה מונה מונה מונה מונה מונה		כחל			ים אינו			
מתבת בתובת מקום התאונה: □ במפעל □ ת. דרכים בעבודה □ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה □ תאונה בעפעל □ ת. דרכים בעבודה שרועה לי מקום התאונה: □ במפעל □ ת. דרכים בעבודה שרועה לי מקום התאונה: □ במפעל □ ת. דרכים בעבודה □ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה □ תאונה בדרך ללא רכב □ אוני שמקום התאונה: □ במפעל □ ת. דרכים בעבודה □ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה □ תאונה בדרך ללא רכב □ אחר בתארת מקום התאונה □ במפעל □ ת. דרכים בעבודה □ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה □ תאונה בדרך ללא רכב □ אחר בעבודה □ תבצע הראל 75, אטרש שבט (בעביע הראל 75, אטרש שבט (בעביע הראל 75, אטרש שבט (בעביע הראל 75, אטרש שבט (בעביע הראל 75, אטרש העביעה לא תוכר ע"י המוסד לעביע הווים עבירה על החוק. בעביע הראל מנונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. בעביע הראל לוי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. בעביע הראל ע"י המוסד הרפואי ש אדל לוי חתימה בקש אדל לוי חתימה בקש אדל לוי חתימה בקש אדל לוי המוסדת במוסד תובים בנלית □ מכבי □ לאומי חתימה בקש אדל לוי המוסדת במוסדת בתוכת חולים □ כללית □ מאוחדת □ מכבי □ לאומית □ במוסדת הרפואי.	3 0 9 3 6 0 3 3 1 4 7111			נוונוני				
פתובת רחוב / תא דואר מ' במ' בניסה דירה יישוב מיקוד מגלן 89 3 3 8 עדי 38 38 18 2				תאריך לידה			מין	
פתובת רחוב / תא דואר מ' במ' בניסה דירה יישוב מיקוד מגלן 89 3 3 8 עדי 38 38 18 2	11.5 0.0 2.0		-					
עדור אואר					נקבה 🗹	זכר 🖵		
אני ברשוב / תא דואר מס' בית כניסה דירה יישוב מיקוד מגלן 98 3 89 עדי 38 8 9 טלפון קווי מגלן 97 685 0 טלפון נייד טלפון קווי 1 0 2 4 5 0 0 1 0 2 4 5 0 0 0 0 0 0 0 0 0	חודש יום	שנה					_	
38 3 89 3 3 3 3 3 3 3 3 3						<u>כתובת</u>		
שלפון קווי מרשות התאונה מרשות הבנין פגיעה בעבודה שארעה לי מרשות בנין פגיעה בעבודה שארעה לי מרשות בנין פגיעה בעבודה שארעה לי מרשר עבדתי ב מפעל מרשות בנין פגיעה בעבודה שארעה לי מרשר בדרך במפעל מרשות בנין פגיעה בעבודה מרשר בדרך לעבודה/מהעבודה מאונה בדרך ללארכב עו אחר מבצע הראל 75, אטרש שבט (מבצע הראל 75, אטרש שבט (מביות הפגיעה / תאור התאונה איבוד שיווי משקל על משטח חלק במהלך העבודה מבירה שנפגע האיבר שנפגע מבירה שנפגע במודה מבירה שנפגע במוד בשווי משקל על משטח חלק במהלך העבודה מבירה שנפגע מבר בקופת חולים מללית מאוחדת מכבי מונים ממביע מבירה שנפגע מבר בקופת חולים מללית מאוחדת מכבי מונים מבירה שנפגע מבר בקופת חולים מללית מאוחדת מכבי מונים מבירה שנה מבירה משות חולים מללית מאוחדת מבבירה שנה חולים מללית מאוחדת מבבירה שנה מבירה שנה חולים מללית מאוחדת מבבירה שנה חולים מללית מאוחדת מבבירה שנה מבירה מבירה חולים מללית מאוחדת מבבירה שנה מבירה שנה חולים מללית מבוד מבירה שנה מבירה מבירה שנה מבירה מב	יישוב מיקוד	דירה	כניסה	מס' בית	א דואר	רחוב / תא		
שלפון קווי מרשות התאונה מרשות הבנין פגיעה בעבודה שארעה לי מרשות בנין פגיעה בעבודה שארעה לי מרשות בנין פגיעה בעבודה שארעה לי מרשר עבדתי ב מפעל מרשות בנין פגיעה בעבודה שארעה לי מרשר בדרך במפעל מרשות בנין פגיעה בעבודה מרשר בדרך לעבודה/מהעבודה מאונה בדרך ללארכב עו אחר מבצע הראל 75, אטרש שבט (מבצע הראל 75, אטרש שבט (מביות הפגיעה / תאור התאונה איבוד שיווי משקל על משטח חלק במהלך העבודה מבירה שנפגע האיבר שנפגע מבירה שנפגע במודה מבירה שנפגע במוד בשווי משקל על משטח חלק במהלך העבודה מבירה שנפגע מבר בקופת חולים מללית מאוחדת מכבי מונים ממביע מבירה שנפגע מבר בקופת חולים מללית מאוחדת מכבי מונים מבירה שנפגע מבר בקופת חולים מללית מאוחדת מכבי מונים מבירה שנה מבירה משות חולים מללית מאוחדת מבבירה שנה חולים מללית מאוחדת מבבירה שנה מבירה שנה חולים מללית מאוחדת מבבירה שנה חולים מללית מאוחדת מבבירה שנה מבירה מבירה חולים מללית מאוחדת מבבירה שנה מבירה שנה חולים מללית מבוד מבירה שנה מבירה מבירה שנה מבירה מב	975685 JTV	38	3	89	מגלו			
3 פרטי התאונה פרטי התאונה 2 2 2 2 2 2 2 2 2	3,5555			0.0	1, 2, 2			
אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי בתאריך 19.09.2023 בשעה 14:47 כאשר עבדתי ב סוג העבודה מקום התאונה: □ במפעל □ ת. דרכים בעבודה □ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה □ תאונה בדרך ללא רכב ☑ אחר מקום התאונה מסיבות הפגיעה / תאור התאונה איבוד שיווי משקל על משטח חלק במהלך העבודה. האיבר שנפגע אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי − קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. שם המבקש אדל לוי חתימה ★ מכבי ☑ לאומית 5 מכבי ☑ לאומית		טו פון נייו					טיפון	
אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי בתאריך 19.09.2023 בשעה 14:47 כאשר עבדתי ב סוג העבודה מקום התאונה: □ במפעל □ ת. דרכים בעבודה □ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה □ תאונה בדרך ללא רכב ☑ אחר □ מבצע הראל 75, אטרש)שבט(מסיבות הפגיעה / תאור התאונה איבוד שיווי משקל על משטח חלק במהלך העבודה. □ האיבר שנפגע האיבר שנפגע אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. דוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי − קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. שם המבקש אדל לוי חתימה בקופת חולים □ כללית □ מאוחדת □ מכבי ☑ לאומית	0 5 4 9 6 5 3 8 0 8			0 5 4	2 3 4 3 0	4 1		
אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי בתאריך 19.09.2023 בשעה 14:47 כאשר עבדתי ב מקום התאונה: □ במפעל □ ת. דרכים בעבודה □ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה □ תאונה בדרך ללא רכב עו אחר בתובת מקום התאונה מבצע הראל 75, אטרש)שבט (מבצע הראל 75, אטרש)שבט (מביבות הפגיעה / תאור התאונה איבוד שיווי משקל על משטח חלק במהלך העבודה. באיבר שנפגע האיבר שנפגע האיבר שנפגע אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי − קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. שם המבקש אדל לוי חתימה בשנת ממונים מוחדת □ מכבי עול לאומית								
אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי בתאריך 19.09.2023 בשעה 14:47 כאשר עבדתי ב מקום התאונה: □ במפעל □ ת. דרכים בעבודה □ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה □ תאונה בדרך ללא רכב עו אחר במובת מקום התאונה מבצע הראל 75, אטרש)שבט (מבצע הראל 75, אטרש)שבט (מבצע הראל 75, אטרש)שבט (מביבות הפגיעה / תאור התאונה איבוד שיווי משקל על משטח חלק במהלך העבודה. באיבר שנפגע האיבר שנפגע אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי − קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. על מילוי ע"י המוסד הרפואי. מבצע הראל מוכר בקופת חולים □ כללית □ מאוחדת □ מכבי עול לאומית □ מבי עול לאומית □ מכבי עול לאומית □ מכבי עול לאומית □ מכבי עול אומית חבר בקופת חולים □ כללית □ מול מבי עול עול בי מבי עול לאומית □ מכבי עול עול מול בי מבי עול אומית חבר בקופת חולים □ כללית □ מול מול בי מול מבי עול עול מיים לאומית חבר בקופת חולים □ כללית □ מול						פרטי התאונה	3	
בתאריך 19.09.2023 בשעה 14:47 כאשר עבדתי ב סוג העבודה סוג העבונה מקום התאונה משום התאונה מבצע הראל 75, אטרש שבט (בסיבות הפגיעה / תאור התאונה איבוד שיווי משקל על משטח חלק במהלך העבודה. באיבר שנפגע האיבר שנפגע הראל 19.09 במהלך העבודה. באני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. באני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי − קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול שם המבקש אדל לוי חתימה בקש אדל לוי מאוחדת מכבי לאומית מומר מביב המבקש מצורים בללית מאוחדת מכבי לאומית מביב לאומית מביב לאומים בללית מביב מביב מביב מביב מביב מביב מביב מב			עערעה לו	פנועה בעבודה ו			-	
סוג העבודה □ מקום התאונה: □ במפעל □ ת. דרכיס בעבודה □ ת. דרכיס בדרך לעבודה/מחעבודה □ תאונה בדרך ללא רכב ☑ אחר □ מקום התאונה מבצע הראל 75, אטרש)שבט(מבצע הראל 75, אטרש)שבט(נסיבות הפגיעה / תאור התאונה איבוד שיווי משקל על משטח חלק במהלך העבודה. □ רגל שמאל האיבר שנפגע האיבר שנפגע אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי − קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. □ מבקש אדל לוי □ מאוחדת □ מכבי ☑ לאומית								
מקום התאונה: □ במפעל □ ת. דרכיס בעבודה □ ת. דרכיס בדרך לעבודה/מהעבודה □ תאונה בדרך ללא רכב ₪ אחר כתובת מקום התאונה מבצע הראל 75, אטרש)שבט(מבצע הראל 75, אטרש)שבט(נסיבות הפגיעה / תאור התאונה איבוד שיווי משקל על משטח חלק במהלך העבודה. האיבר שנפגע הצהרה אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. שם המבקש אדל לוי חתימה איבור לווי מאוחדת □ מכבי ₪ לאומית		_ שר עבדתי ב	באו	ועה וּעה	19.09.2 בע	ריך	בתאו	
מבצע הראל 75, אטרש)שבט (מבצע הראל 75, אטרש)שבט (נסיבות הפגיעה / תאור התאונה איבוד שיווי משקל על משטח חלק במהלך העבודה. האיבר שנפגע הצהרה אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי − קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. שם המבקש אדל לוי חתימה איד לוי מאוחדת מכבי לאומית מכבי לאומית							_	
מבצע הראל 75, אטרש)שבט(מבצע הראל 75, אטרש)שבט(מסיבות הפגיעה / תאור התאונה איבר שנפגע מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי − קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. שם המבקש אדל לוי חתימה בקופת חולים □ כללית □ מאוחדת □ מכבי ע לאומית	מקום התאונה: 🗖 במפעל 🗖 ת. דרכים בעבודה 🗖 ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה 🗖 תאונה בדרך ללא רכב 🗖 אחר							
נסיבות הפגיעה / תאור התאונה איבוד שיווי משקל על משטח חלק במהלך העבודה. רגל שמאל מצהרה אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי − קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. שם המבקש אדל לוי חתימה אדל לוי מאוחדת מכבי לאומית					ī	ת מקום התאונו	כתוב	
נסיבות הפגיעה / תאור התאונה איבוד שיווי משקל על משטח חלק במהלך העבודה. רגל שמאל מצהרה אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי − קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. שם המבקש אדל לוי חתימה אדל לוי מאוחדת מכבי לאומית	מרצע הראל 75, אנורש)שרנו(
רגל שמאל אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי − קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. שם המבקש אדל לוי חתימה למילוי ע"י המוסד הרפואי הנפגע חבר בקופת חולים □ כללית □ מאוחדת □ מכבי ע לאומית								
רגל שמאל אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי − קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. שם המבקש אדל לוי חתימה אדל לוי מוחדת מכבי על לאומית	נסיבות הפגיעה / תאור התאונה איבוד שיווי משקל על משטח חלק במהלך העבודה							
רגל שמאל אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי − קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. שם המבקש אדל לוי חתימה אדל לוי מוחדת מכבי על לאומית								
רגל שמאל אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי − קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. שם המבקש אדל לוי חתימה אדל לוי מאוחדת מכבי על לאומית	-							
אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד <u>עצמאי</u> וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי − קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. שם המבקש אדל לוי חתימה א בדל לוי חתימה שם המבקש למילוי ע"י המוסד הרפואי. ** ** ** ** ** ** ** ** **	ול שמעל	٦				ר שנפגע	האיב	
אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד <u>עצמאי</u> וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי − קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. שם המבקש אדל לוי חתימה אדל לוי חתימה מכבי על לאומית המפגע חבר בקופת חולים בו כללית מאוחדת מכבי על לאומית	7K DE 7X							
אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד <u>עצמאי</u> וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי − קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. שם המבקש אדל לוי חתימה אדל לוי חתימה מכבי על לאומית המפגע חבר בקופת חולים בו כללית מאוחדת מכבי על לאומית						העברה		
ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. שם המבקש אדל לוי חתימה למילוי ע"י המוסד הרפואי הנפגע חבר בקופת חולים □ כללית □ מאוחדת □ מכבי ☑ לאומית							-	
ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. שם המבקש אדל לוי חתימה למילוי ע"י המוסד הרפואי הנפגע חבר בקופת חולים ב כללית מאוחדת מכבי לאומית								
הרפואי. שם המבקש אדל לוי חתימה למילוי ע"י המוסד הרפואי הנפגע חבר בקופת חולים □ כללית □ מאוחדת □ מכבי ☑ לאומית	החוק.	ם עבירה על ו	ונים מהווי	או העלמת נח	פרטים לא נכונים	ע לי שמסירת	ידו	
שם המבקש אדל לוי חתימה אדל לוי <u>למילוי ע"י המוסד הרפואי</u> לאומית מכבי על לאומית מלוי ע"ב הפוער חולים בללית באוחדת במבי על לאומית	לים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול	– קופת החו	וח לאומי	י המוסד לביט'	'ביעה לא תוכר ע	ע לי שאם הת	ידו	
שם המבקש אדל לוי חתימה אדל לוי <u>למילוי ע"י המוסד הרפואי</u> לאומית מכבי על לאומית מלוי ע"ב הפוער חולים בללית באוחדת במבי על לאומית						פואי.	הר	
ל <u>מילוי ע"י המוסד הרפואי</u> הנפגע חבר בקופת חולים □ כללית □ מאוחדת □ מכבי ☑ לאומית	Xamaa			ı _l	אדל ל			
י <u>מידו עי וומוסר זו פאר.</u> ער הנפגע חבר בקופת חולים □ כללית □ מאוחדת □ מכבי ₪ לאומית	חתימוידי					המבקש	שנוו	
<u>ימילד עי וומוסר זו פוא.</u> ער הנפגע חבר בקופת חולים □ כללית □ מאוחדת □ מכבי ער לאומית								
<u>ימילד ער והמוסר זה פאר</u> במילד ער והמוסר זה פאר במוסר במו					מוסד בכפועו	למולוו ע"ו כ	5	
	ינו זו ע וומוסו ווו כוא							
הנפגע אינו חבר בקופת חולים 🗖								
					חבר בקופת חולים	הנפגע אינו 🗖		
2 5 8 $7 8 4 0 $ מהות התאונה (אבחנות רפואיות):	2	5 5 8	7 8	4 0 :(n	נה (אבחנות רפואיו	מהות התאו	1	

עצמאי נכבד

- עובד עצמאי שנפגע בעבודתו (או בדרכו הישירה לעבודתו וממנה), זכאי לטיפול רפואי על חשבון הביטוח הלאומי. 🤣
 - . תנאי לקבלת טיפול רפואי כאמור הוא, שהינך רשום במוסד כעובד עצמאי.
- לשם קבלת הטיפול הרפואי עליך לפנות לקופת החולים בה הינך חבר (שירותי בריאות כללית, קופ"ח לאומית, קופ"ח מאוחדת, מכבי שירותי בריאות).
- רק במקרה של צורך דחוף ולשם הגשת עזרה ראשונה בלבד, מותר לפנות חדר מיון או לשירות רפואי קרוב אחר. המשך הטיפול הרפואי יינתן אך ורק ע"י השירות הרפואי המוסמך (קופות החולים) אשר יחזיר לך את הוצאותיך בעד הטיפול הראשוני.
 - אין מחזירים הוצאות בעד כל טיפול נוסף שניתן ע"י שירות רפואי לא מוסמך.
 - לא יוחזרו הוצאות טיפול רפואי פרטי 🗳
 - לקבלת הטיפול הרפואי בקופת חולים עליך למלא טופס זה 🧳
- שעת הפגיעה ושם של מלא את הטופס על כל פרטיו, ובמיוחד להקפיד על מילוי נכון של פרטיך האישיים, תאריך הפגיעה, שעת הפגיעה ושם 🗳 קופת החולים בה הינך חבר.
 - אין להשתמש בטופס זה במקרים של מחלה רגילה או תאונה שהתרחשה שלא במסגרת העבודה.
 - שימוש בטופס זה שלא כדין יחייב אותך בתשלום תמורת הטיפול הרפואי.
 - טופס זה אינו מהווה אישור הכרה בפגיעהכפגיעה בעבודה, וההחלטה על כך היא בידי המוסד לביטוח לאומי. 🧳
 - לתשומת לבך! מסירת פרטים לא נכונים או העלמת מידע מהווים עבירה על החוק.