

המוסד לבימוח לאומי מינהל הגמלאות

בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה - עצמאי





## כא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מילוי הטופס    מרי התובע   מרי התובע   מוך לידה   מוף לידה   מוך לידה   מוך לידה   מוך לידה   מוך מוף לידה   מוך מוך מוף לידה   מוך מוך מוך מוך מוף מוך מוך מוך מוך מוף מוך					שומרה	וו-עבנה ביה"ח ש	זנכגע עבוו אל קופ"ח/ו
פרטי התובע שנה חודש יום פרטי התובע מטר נעמי   6   9   8   8   5   4   9   9   9   9   9   9   9   9   9				וי הטופס			
שם משפחה מטר נעמי   0   9   8   8   9   0   9   9   0   9   0   9   0   9   0   9   0   9   0   9   0   9   0   9   0   9   0   0		l			3	ריך הפגיעה	תאו
שם משפחה מטר נעמי   0   9   8   8   9   0   9   9   0   9   0   9   0   9   0   9   0   9   0   9   0   9   0   9   0   9   0   0						ı	פרטי התובע
מטר (נעמי   6   9   8   9   6   9   9   9   9   9   9   9   9		ת.ז.			שם פרטי		
בחוב / תובת  מחוב / תובת  מחוב / תובת  מחוב / תובת   מס' בית   כניסה   דירה   יישוב   מיקוד   מיקוד	9 0		נעמי			מטר	
רחוב / תא דואר מס' בית נניסה דירה יישוב מיקוד מיקוד שושנת הכרמל 19 3 31 9 0 0 פר יונה 753538 טלפון קווי      מלפון קווי					תאריך לידה	נקבה 🔽	
שושנת הכרמל 3 3 3 3 2 2 פר יונה 2 19 3 3 3 3 3 3 3 טלפון קווי      2 ספר יונה   3   3   3   3   3   3   3   3   3							<u>כתובת</u>
שלפון קווי	מיקוד	מס' בית כניסה דירה יישוב מיקוד				א דואר	רחוב / ת
פרטי התאונה פרטי התאונה   פרטי התאונה   פרטי התאונה   פרטי בעבודה שארעה לי   1   1   1   1   1   1   1   1   1	753538	כפר יונה	19	3	31	שנת הכרמל	שוי
אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי  בתאריך 14.03.2023 בשעה 18:02 כאשר עבדתי ב סוג העבודה  מקום התאונה: □ במפעל □ ת. דרכים בעבודה □ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה □ תאונה בדרך ללא רכב ☑ אחר □ מקום התאונה  מעובת מקום התאונה  שכ 14 75, גבעת השלושה  מעידה על מדרגה חלקלקה בעת ביצוע מטלה. □ מעידה על מדרגה חלקלקה בעת ביצוע מטלה. □ האיבר שנפגע  האיבר שנפגע  הצהרה  מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. □ ראש  ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. □ מולים בהוצאות הטיפול והרפואי. □ בולוה בונון בעודה על החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול signed • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	<u>[</u> 2	0 5 4 9 7 1 1 3 3 3			0  5  4	5  8  4  8  3  0	
ראש  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.		75 1, גבעת השלושה	שכ 4		ס בעבודה 📙 ר	<b>ה</b>	כתובת מקום התאונו
<b>הצהרה</b> 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.		רעוע					האיבר שנפגע
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.		DRI					
	הטיפול	החוק. לים רשאית לחייב אותי בהוצאות 	ם עבירה על ו	נונים מהווי	ו או העלמת נח י המוסד לביט'	: פרטים לא נכונים ביעה לא תוכר ע'	אני החתום מט ידוע לי שמסירת ידוע לי שאם הת הרפואי.
				_			
הנפגע אינו חבר בקופת חולים 🔽		8	3 5 2	5 2	8 4 :(n	ונה (אבחנות רפואיו	מהות התאו

## 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.