

המוסד לבימוח לאומי מינהל הגמלאות

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





שם משפחה שם פרטי יוסף 6 ס"ב מין מאריך לידה מאריך לידה מוקבה במוקב מדירה מין מוקבה מין מוקבה מין מאריך לידה שבר מין מוקבה מין מין מוקבה מין מין מוקבה מין מין מוקבה מין			וי הטופס	מוד 2 לפני מיז	 רברי ההסבר שבע	נא עיין בז ♂
שם משפחה שם פרטי וחסף 6 0 0 0 6 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0				3	ריך הפגיעה	תאות
שם משפחה שם פרטי וחסף 6 0 0 0 6 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0					L	פרטי התובע
מילון תאריך לידה מיקו תאריך לידה מיקובה ברוב מיקוד מיקוד ברוב מיקוד ברוב				שם פרטי		
ברדלה וודש יום שנה חודש יום במוסד כעובד שנפגע ווד ממיל בעבודה שארעה לי מונים התאונה: במפעל ווע תאור התאונה בצין בעבודה במוסד בעבודה בדרך לעבודה/מחעבודה בתאונה מקום התאונה: במפעל ווע ת. דרכים בעבודה בדרך לעבודה/מחעבודה מעידה על שביל רטוב בעת תפקיד. במפעל ווע ת. דרכים בעבודה בדרך לעבודה/מחעבודה תאונה מקום התאונה מקום התאונה מקום התאונה בדרך לעבודה שארעה לי מיד במפעל ווע ת. דרכים בעבודה בדרך לעבודה/מחעבודה מעידה על שביל רטוב בעת תפקיד. במפעל תואונה בדרך לעבודה/מחעבודה מעידה על שביל רטוב בעת תפקיד. במפעל תואונה בעבודה במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. בידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול		יוסף			כחלון	
עניסה בתובת בתובת בתובת הברדלס 49 2 49 חשמונאים מיקוד בתרדלס 49 2 49 חשמונאים 757142 שלפון קווי ברדלס 5 4 8 8 5 2 5 4 7 8 0 6 1 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8		תאריך לידה				מין
מיקוד מיקווי מלפון קווי מלפון קווי מוסלפון מיעה בעבודה שארעה לי מוסלפון מיעה בעבודה שארעה לי מוסלפון מיעהריך 11.03.2023 בשעה 11:10 משר עבדתי ב מוסלפעל עורה רפואית בגין פגיעה בעבודה בעור מיעודה מהעונה: מוסלפעל עורה במפעל עור תוסלפעל עורה מיעודה במפעל עורה מיעודה במפעל עורה מיעונה בימיע מעידה על שביל רטוב בעת תפקיד. מעידה על שביל רטוב בעת תפקיד. מציה בימיע מוסה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. מיקוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. יישוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול					נקבה 🔽	זכר 🗖
שמונאים 1757142 מלפון קווי פרטי התאונה פרטי התאונה פרטי התאונה פרטי התאונה: □ במפעל 1 2 4 5 0 0 0 0 0 0 0 0 0						<u>כתובת</u>
שלפון קווי פרטי התאונה פרטי התאונה פרטי התאונה שני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי בתאריך 11.03.2023 בשעה 11:10 כאשר עבדתי ב מקום התאונה: □ במפעל עד ת. דרכים בעבודה □ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה □ תאונה בדרך ללא רכב □ אחר בתובת מקום התאונה במיעה / תאור התאונה מעידה על שביל רטוב בעת תפקיד. 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	יישוב מיקוד	דירה	כניסה	מס' בית	א דואר	רחוב / תא
פרטי התאונה פרטי התאונה פרטי בעודה שארעה לי מקום התאונה: במפעל עודה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי מקום התאונה: במפעל עודה במפעל עודה בעבודה בעבודה בעבודה באונה בדרך לעבודה/מהעבודה עודה בזרך ללא רכב עודה מקום התאונה מסיבות הפגיעה / תאור התאונה משונה בעבודה עודה בעד תפקיד. מטיבות הפגיעה / תאור התאונה עודה בעד בעד תפקיד. מעידה על שביל רטוב בעד תפקיד. הצהרה הציבר שנפגע הציה החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידו עלי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שמס התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול	חשמונאים 57142/	4	2	49	הברדלס	
אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי בתאריך 11.03.2023 בשעה 11:10 כאשר עבדתי ב סוג העבודה סוג העבודה סוג העבודה מקום התאונה: □ במפעל ת. דרכים בעבודה □ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה □ תאונה בדרך ללא רכב □ אחר רח 88 6087, ברקת מעידה על שביל רטוב בעת תפקיד. מעידה על שביל רטוב בעת תפקיד. הצהרה הצהרה הצהרה אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד עצמאי וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידו על 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	0 5 4 7 8 2 5 0 3 8			0 5 4	2 5 8 8 5	
יד ימין האיבר שנפגע הצהרה 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	סוג העבודה בודה תאונה בדרך ללא רכב אחר				מפעל 🔽 ת. דרכי	מקום התאונה: 🗖 נ
יד ימין הצהרה 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 שמס התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול	ועידה על שביל רטוב בעת תפקיד.	מ			ור התאונה	נסיבות הפגיעה / תא
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	יד ימין					האיבר שנפגע
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						הצהרה 4
signed יין גרונרבנ	החוק. לים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול 	- ם עבירה על ר	תונים מהווי	ו או העלמת נו י המוסד לביט'	פרטים לא נכוניב ביעה לא תוכר ע'	ידוע לי שמסירת
למילוי ע"י המוסד הרפואי למילוי ע"י המוסד הרפואי עם הנפגע חבר בקופת חולים עם כללית ם מאוחדת ם מכבי ם לאומית						
הנפגע אינו חבר בקופת חולים 🖵	ת	וכבי 🗖 לאומי	וחדת 🗖 מ	כללית 🗖 מא	בקופת חולים 🔟	הנפגע חבר 🔽

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.