

המוסד לבימוח לאומי מינהל הגמלאות

בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה - עצמאי





אל קופ"ח/ברב"ח שעב שונה ברני ההסבר שבעתוד 2 לפני מילוי הטופס שנה חודש יום ברטי התובע פרטי התובע ברטי התובע ברטי התובע ברטי התובע ברטי התובע ברטי ברוב ברי ברוב ברי ברי ברי ברי ברי ברי ברי ברי ברי בר					2,1111		/- U b
פרטי התובע פרטי התובע פרטי התובע מון מאריך הפגיעה שפ פרטי מודש יום פרטי מודש יום מודש יום מודש יום מודש יום מודש יום מודב מיקוד מודש יום מודב מיקוד מודש יום מודב מיקוד מודש יום מודב מיקוד מודש יום מודב מיקוד בן צבי יצחק (13 א 19 ל 19 ל 10 ל 19 ל 10 ל 19 ל 10 ל 10 ל				001120 11			
פרטי התובע פרטי התובע ברו אסיל 2 2 2 2 3 3 3 4 5 5 5 5 3 5 5 5 5 5				וי ויטופט	מוו 2 ופני מיו		
פרטי התובע כהן מין מין מין מין מין מין מין מ		Ī	1 3 1 2	2 0 2	3	ריך הפגיעה	תאו
שם משפחה שם פרטי ב ב ב ב ב ב ב ב ב							
שם משפחה שם פרטי ב ב ב ב ב ב ב ב ב						ע	פרטי התובע
מין מאריך לידה מאריך לידה שנה במשנה בין מאריך לידה שנה מין מאריך לידה שנה חודש יום מין מאריך לידה שנה חודש יום מין מאריך לידה מסי בית מניסה דירה יישוב מייקוד מין מוב מוב מוב מין מוב					שם פרטי		שם משפחה
מתובת במודה של המודה במודה של המודה ש	3 5 9 7		אסיל	?		כהן	
עובת בתובת בקוב מיקוד בן צבי יצחק מ'					תאריך לידה		מין
רחוב / תא דואר מס' בית כניסה דירה יישוב מיקוד מסוד מוד מוד מיקוד בן צבי יצחק מס' בית כניסה דירה 19 4 9 1 0 מכמורת 55618 ס'לפון קווי בן צבי יצחק 19 4 0 0 0 0 0 0 0 0 0						נקבה 🔽	זכר 🗖
בן צבי יצחק 33 9 19 19 0 19 19 19 19							
שלפון קווי פרטי התאונה פרטי התאונה בגין פגיעה בעבודה שארעה לי בתאריך 11.05.2023 בשעה 18.09 באשר עבדתי ב מחסן בתאריך 11.05.2023 בשעה 18.09 באשר עבדתי ב מחסן בתאונה: □ במפעל עודה בפעל עודה במבודה חודה במשונה בדרך ללא רכב □ אחר במובת מקום התאונה במפעל עודה במשונה במש							
פרטי התאונה פרטי התאונה מקום התאונה: □ במפעל [1 0 0 1 1 0 0 0 0 0	זורת 955618	מכנ		4	33	בן צבי יצחק	
פרטי התאונה אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי בתאריך 11.05.2023 בשעה 18:09 נאשר עבדתי ב מחסן סוג העבודה מקום התאונה: □ במפעל ע ת. דרכיס בעבודה □ ת. דרכיס בדרך לעבודה/מהעבודה □ תאונה בדרך ללא רכב □ אחר מתובת מקום התאונה מעידה על רצפה רטובה בעת ביצוע מטלה. האיבר שנפגע האיבר שנפגע ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. 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. מעילוי ע"י המוסד הרפואי הנפגע חבר בקופת חולים ע כללית □ מאוחדת □ מכבי □ לאומית הנפגע אינו חבר בקופת חולים ע כללית □ מאוחדת □ מכבי □ לאומית הנפגע אינו חבר בקופת חולים	0	I	טלפון נייד		0		
אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי בתאריך 11.05.2023 בשעה 18:09 באשר עבדתי ב סוג העבודה סוג העבודה סוג העבודה סוג העבודה מקום התאונה: □ במפעל ת. דרכיס בעבודה □ ת. דרכיס בדרך לעבודה/מחעבודה □ תאונה בדרך ללא רכב □ אחר מקום התאונה מסיבות הפגיעה / תאור התאונה מטידה על רצפה רטובה בעת ביצוע מטלה. 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. מור מנפגע חבר בקופת חולים מור בקופת חולים מור בלוים מור בקופת חולים מור בלוים מור בנונים מוחדת □ מכבי □ לאומית מבי □ לאומית מבי □ לאומית	(0 5 4	9 9 4 6 6 2 5			0 5 4	1 6 0 1 1	8 2
רגל שמאל מצהרה 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 עילאי אבו ריא חתימה מל מילוי ע"י המוסד הרפואי הנפגע חולים עובר בקופת חולים כללית מאוחדת מכבי לאומית	7	32, פוריה - נווה עובז	התקוה	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	, — ,,,,,,,,,,,	ה	כתובת מקום התאונו
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		גל שמאל					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. שם המבקש							22242
שם המבקש עילאי אבו ריא		החוק.	– ם עבירה על	תונים מהווי	ו או העלמת נו	פרטים לא נכונים:	אני החתום מט ידוע לי שמסירת ידוע לי שאם הת
וברו ער המוסר הופטע בריים בר		א				עילאי אבו ריי	
$oxed{\Box}$ מהות התאונה (אבחנות רפואיות): $oxed{B}$ $oxed{T}$ $oxed{B}$ $oxed{D}$ $oxed{T}$						בקופת חולים על בקופת חולים חבר בקופת חולים	הנפגע חבר הנפגע אינו ער הבר ער הבר ער הבר ער הבר ער הנפגע אינו

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.