

אל קופ"ח/ביה"ח \_\_\_\_\_ מגן

**תאריך מילוי הטופס**

0	9	0	3	2	0	2	3
יום		חודש		שנה			

2	7	0	9	2	0	2	3
י"ז		חודש		שנה			

1

2	9	0	7	2	0	2	3
י'ום		חודש		שנה			

2

										שם פרטי	
										ת.ז.	
8	9	7	5	9	2	6	4	7 <sup>ס"ב</sup>	3		חוסין
											תאריך לידה
											שנה
											חודש
											יום

כתובת					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
נאות אשכול	25	1	14	שומרה	600987
טלפון קווי			טלפון נייד		
054 4777473   8374			054 6021548   8374		

3

בתאריך 20.04.2023 בשעה 15:51 כאשר עבדתי ב משרד  
 סוג העבודה  
☐ במקום התאונה: ☐ במפעל ☒ ת. דרכים בעבודה ☒ ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה ☐ תאונה בדרך ללא רכב ☐ אחר \_\_\_\_\_  
 כתובת מקום התאונה

יהודה המכבי 90, שומרה

החלקה על שביל רטוב בעת ביצוע מטלה. / תאור התאונה

## האיבר שנפגע

## רגל שמאל

4

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.

רדע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול

הרפואי.

signed	חתימה	אוהד עלי	המבקש
--------	-------	----------	-------

למילוי ע"י המוסד הרפואי

☐ הופגז חבר בקופת חולים ☐ כללית ☒ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית

 הנפגע אינו חבר בקופת חולים

מהות התאונה (אבחנות רפואיות):

7	3	6	8
---	---	---	---

4	7	5	7
---	---	---	---

## 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

יש למלא 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 בפגיעה הכפגיעה בעבודה, וההחלטה על כך היא בידי המוסד לביטוח לאומי.

**לתשומת לבך! מסירת פרטים לא נכונים או העלמת מידע מהווים עבירה על החוק.**