

## תאריך מילוי הטופס

תאריך קבלת הטופס בקופה

|     |   |      |   |     |  |   |   |   |   |
|-----|---|------|---|-----|--|---|---|---|---|
| 0   | 7 |      | 1 | 1   |  | 2 | 0 | 2 | 5 |
| יום |   | חודש |   | שנה |  |   |   |   |   |

המוסד לביטוח לאומי  
מין'רל הגלומות



**בקשה למתן טיפול רפואי  
לנפגע בעבודה - עצמאי  
אל קופ"ח/ביה"ח**

**נא עיין בדברי ההסבר שבעמוד 2 לפני מילוי הטופס**

תאריך הפגיעה

הצהרה 4

אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במועד הנוכחי עצממי וכי כל הפרטים שמסרת לי לעיל הם נכוןים ומלאים.  
ידוע לי שמשמעות פרטיהם לא נכוןים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק.  
ידוע לי שם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי.

חתימה 

שם המבקש נחתם על ידי נציג \_\_\_\_\_

|   |   |
|---|---|
| למילוי ע"י המודד הרפואי   | 5   |
| <input type="checkbox"/> הנפגע חסר בקופת חולים <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומיות<br><input checked="" type="checkbox"/> הנפגע אינו חסר בקופת חולים<br><input checked="" type="checkbox"/> מהות התאונה (בדיקות רפואיות): |   |
| <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>   | <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span> |

### עצמאי נבדך

- ↳ עובד עצמאי שנפגע בעבודתו (או בדרכו הישרה לעובודתו וממנה), זכאי לטיפול רפואי על חשבן הביטוח הלאומי.
- ↳ תנאי לקבלת טיפול רפואי כאמור הוא, שהינך רשום במוסף כעובד עצמאי.
- ↳ לשם קבלת הטיפול הרפואי עלייך לפנות לקופת החוליםים בה הינך חבר (שירותי בריאות כללית, קופ"ח לאומי, קופ"ח מאוחדת, מכבי שירותי בריאות).
- ↳ רק במקרה של צורך דחוף ולשם הגשת עזרה ראשונה בלבד, מותר לפנות חדר מיען או לשירות רפואי קרוב אחר המשך הטיפול הרפואי ינתן אך ורק ע"י השירות הרפואי המוסמך (קופות החוליםים) אשר יחזיר לך את הוצאותיךبعد הטיפול הראשוני.
- אין מחייבים הוצאותتك בעד כל טיפול נוספת שניתן ע"י שירות רפואי לא מוסמך.
- ↳ לא יוחזרו הוצאות טיפול רפואי פרטיו
- ↳ לקבלת הטיפול הרפואי בקופת החוליםים עלייך למלא טופס זה יש למלא את הטופס על כל פרטיו, ובמיוחד להזכיר על מלאו נכון של פרטי האישים, תאריך הפגיעה, שעת הפגיעה ושם קופת החוליםים בה הינך חבר.
- אין להשתמש בטופס זה במקרים של מחלת רגילה או תאונה שהתרחשה שלא במסגרת העבודה.
- שימוש בטופס זה שלא כדין יחייב אותך בתשלום תמורה הטיפול הרפואי.**
- ↳ טופס זה אינו מהווע אישור הכרה בפגיעה כפגיעה בעבודה, וההחלטה על כך היא בידי המוסף לביטוח לאומי.
- ↳ **لتשומת לבך! מסירת פרטים לא נכונים או העלמת מידע מהווים עבירה על החוק.**