

טופס בריאות לחברי המושבים

טופס בריאות זה מועבר אליכם ללא כל התחייבות על מנת לבחון אם ניתן לקבל עבורכם ו/או עבור בני משפחותיכם זכויות ותגמולים בגין נזקי גוף או מחלות שאירעו לכם, בעבודה או שלא במסגרת העבודה. לשם כך מומלץ למלא את הטופס.

שם: _____ כתובת: _____
עיר: _____ טלפון: _____ טלפון נייד: _____
דואר אלקטרוני: _____ תאריך לידה: _____
מקום עבודה עיקרי בעבר/בהווה: _____ תפקיד/ים: _____
מספר שנות עבודה: _____ תאריך פרישה: _____

משכורת/פנסיה (לצורך בחינת פטור ממס הכנסה על רקע רפואי): _____
האם גובה המשכורת/הפנסיה אותה אתה/אתה מקבלת/הינה מעל 9,000 ש"ח ברוטו? כן / לא (הקף).

האם אתה/סובלת/סבלת מהבעיות הבאות? (להקיף בעיגול)

א. ירידה בשמיעה/צפופים	כן/לא	ט. בעיות כל דם / דליות	כן/לא
ב. פגיעה בריאות/קשיי נשימה	כן/לא	י. כוויות / צלקות	כן/לא
ג. הפחתה בתחושה בכפות הידיים	כן/לא	יא. התקף לב / מחלת לב	כן/לא
ד. בעיות בצוואר	כן/לא	יב. אירוע מוחי	כן/לא
ה. בעיות בגב תחתון	כן/לא	יג. מחלת עור	כן/לא
ו. בעיה בברכיים	כן/לא	יד. מחלת כבד	כן/לא
ז. בעיות בכתפיים	כן/לא	טו. בעיות בעיניים	כן/לא
ח. סוכרת	כן/לא	טז. נפשי (דיכאון, חרדות)	כן/לא
יז. סרטן	כן/לא	פרט סוג:	
יח. אירוע תאונתי בעבר	כן/לא	האיבר שנפגע:	
יט. מחלות ובעיות רפואיות אחרות	כן/לא	פרט:	

במקרה של אלמנה - מועד פטירת בן/בת הזוג והסיבה לפטירה: _____

האם אתה/מוכרת/ע"י המוסד לביטוח לאומי בגין תאונת עבודה ו/או מחלת מקצוע ו/או נכות כללית?
האם אתה מוכר/ע"י קצין תגמולים/חוק לפיצוי נפגעי גזת/חוק נפגעי פעולות איבה/חוק נכי רדיפות הנאצים?
אם כן, פרטי, בגין מה ומה אחוזי הנכות שלך, בגין כל פגימה?

את הטופס ניתן להעביר לפקס: 153-53-9330002 או לכתובת דואר אלקטרוני - 002tamar002@gmail.com ומשרד עורכי
הדין יחזור אליכם בהקדם.

לבירורים ועזרה במילוי הטופס ניתן להתקשר לטלפון 053-9330002.