



הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

1. פרטי המבוטח התובע			
שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה

2. פרטים על מצבו הבריאותי של המבוטח

א. ציין את התקופה בה נמצא המבוטח בטיפולך: _____

ב. פירוט האבחנה של המחלה או הפגיעה (ציין את כל הפרטים): _____

ג. מועד התחלת המחלה / פגיעה: _____

ד. סמן אלו בדיקות רפואיות בוצעו: רנטגן א.ק.ג MRI CT

בדיקת אחרות: _____

תוצאות הבדיקות: _____

ה. האם אפשר לייחס את המצב הבריאותי הנוכחי לאיזו מחלה או פגיעת גוף קודמת (ציין פרטים): _____

ו. מצבו הבריאותי הנוכחי של המבוטח:

החלים, פרט _____

הורע, פרט _____

ללא שינוי, פרט _____

3. פרטים על כושר עבודתו של המבוטח

ז. באיזה תאריך נאלץ המבוטח להפסיק את עבודתו: _____

ח. באיזה תאריך חזר או מסוגל המבוטח לחזור לעבודתו: _____

ט. אם המבוטח אינו מסוגל לחזור לעבודתו הקודמת, ציין לאיזה סוג של עבודה מסוגל לחזור ומתי: _____

י. ציין פרטים נוספים בקשר לאובדן כושר עבודה, אם ישנם: _____

יא. ציין אילו פעולות יומיומיות אין המבוטח מסוגל לבצען: _____

4. הערות ופרטים נוספים

תאריך	שם הרופא	כתובת	מספר רישיון	חתימה
				X

