



מספר זהות	שם העמית
תאריך	מספר תכנית/ות
25/07/2023	
מספר תביעה	

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

חלק זה ימולא על ידי רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימולא על-ידי רופא משפחה/ילדים.

רופא נכבד,  
על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

### א. פרטי הרופא המקצועי המטפל / רופא משפחה

שם משפחה	שם פרטי	התמחות	מספר טלפון בבית	מספר טלפון נייד
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	יישוב	מיקוד	מספר פקס
				דואר אלקטרוני

### ב. פרטי העמית

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי

### ג. פרטים על מצבו הבריאותי של העמית

1. נא פרט מה הבעיות הרפואיות מהן סובל העמית: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. נא פרט מהן הבעיות הרפואיות בעקבותיהן מצוי העמית באובדן כושר העבודה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. התלונות / הסימנים לבעיות רפואיות אלו החלו בתאריך: \_\_\_\_\_

4. נא פרט היסטוריה רפואית / בדיקות רפואיות הקשורה/ות לבעיה הנוכחית: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. מצבו הבריאותי הנוכחי של העמית:  החלים  הורע  ללא שינוי, נא פרט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ד. פרטים על כושר עבודתו של העמית

1. העמית נמצא באובדן כושר עבודה מתאריך \_\_\_\_\_ ועד לתאריך \_\_\_\_\_

2. באיזה תאריך חזר או יהיה מסוגל לחזור לעבודתו \_\_\_\_\_ באיזה היקף משרה \_\_\_\_\_

3. ציין פרטים נוספים בקשר לאובדן כושר העבודה, אם ישנם: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1442

חתימת הרופא המטפל
-------------------------



תאריך
-------



0712020000101010423

עמוד 1 מתוך 1 דפים

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מסמך: 1202

(מהדורה 04.2023)