

בדיקת זכאות להמשך תביעת אובדן כושר עבודה

פרטים על אובדן כושר העבודה:

אנא פרטי/ מצבך הרפואי העדכני: _____

האם הגשת תביעה חדשה/ ערעור למוסד לביטוח לאומי? לא/כן: _____

במידה וקיימת החלטת ועדה רפואית של המוסד לביטוח לאומי/ אחר, נא צרף/ פי עותק מהפרוטוקול וההחלטה.

האם עברת טיפולים רפואיים בשנה האחרונה? לא/כן: _____

במידה ותשובתך חיובית אנא צרף/ פי מסמכים רפואיים רלוונטיים.

פרטים לגבי תעסוקה:

האם הינך עובד/ת בעבודה כלשהי, גם במשרה חלקית? לא/כן: _____

במידה וכן:

שם מקום העבודה: _____

תיאור העבודה: _____

שעות עבודה: _____

שכר חודשי: _____ ש"ח ברוטו.

במידה ולא:

מתי לאחרונה עבדת בעבודה כלשהי? _____

האם הינך מסוגל/ת לעבודה כלשהי? פרטי: (סוג העבודה והיקף המשרה) _____

הצהרת מבוטח/ת / תובע/ת:

אני, תמי אסתר חיים, מספר זהות 59110247, מצהיר/ה בזאת כי כל האמור לעיל הוא נכון וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.

תאריך: _____ חתימה: _____