



6 0 1 0 1 0 0 7 0 1 1 9 9 9 1 0

מס' פוליסה

**תביעה לתשלום פיצויים חודשיים עקב
 אובדן כושר עבודה מוחלט - ביטוח "שלב"**
**חלק א' - למילוי ע"י המבוטח
 1. פרטים מזהים של המבוטח**

שם משפחה ופרטי	כתובת רחוב	ישוב	מיקוד	מס' טלפון
מספר זהות	מס' אישי בצה"ל	פרופיל צבאי	תאריך לידה	
מקום העבודה וכתובתו	מס' טלפון			
שם קופ"ח	סניף	מס חבר	שם רופא המשפחה	
פרט תפקידך בעת הפגיעה	האם השתנה תפקידך בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט:			

2. פרטים מזהים על מקום העבודה (מלא סעיף זה במקרה של תביעת אובדן כושר עבודה ונכות מקצועית)

שכר החודשי הממוצע ב- 12 החודשים האחרונים לעבודתך (צרך מסמכים לפי המפורט בהנחיות) ב. סעיף 2.	תאריך הפסקת עבודתך (צרך מסמכים לפי המפורט בסעיף 2. ב. בהנחיות)	האם חזרת לעבודה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן אם כן פרט מספר שעות עבודתך ביום
---	--	---

**3. פרטים על אובדן כושר עבודתך (מלא סעיף א' במקרה של מחלה או סעיף ב' במקרה של תאונה)
 א. עקב מחלה**

המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן	תאריך קבלת טיפול ראשון	שם הרופא המטפל וכתובתו
--------------------------------------	------------------------	------------------------

ב. עקב תאונה

תאריך אירוע התאונה / הפגיעה	שעת אירוע התאונה / הפגיעה	כתובת מקום אירוע התאונה / הפגיעה
תאר בקצרה נסיבות התאונה:		

ג. פרטים רפואיים

האם טיפלו בך רופאים אחרים בקשר למצב בריאותך הנוכחי ובכלל בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
שם הרופא וכתובתו	שם הרופא וכתובתו
תאריך הטיפול	תאריך הטיפול
שם בית החולים והמחלקה המטפלת (נא צרך סיכום מחלה)	

 האם הינך מאושפז כעת בבית חולים לא כן פרט:

 האם נותחת או עומד בפני ניתוח לא כן פרט סוג ניתוח מועד הניתוח ושם ביה"ח

 האם אתה סובל או סבלת ממום גופני כלשהו, או ממחלה ממושכת לא כן

 האם תבעת או עומד לתבוע או זכאי לתבוע חברת ביטוח אחרת או גורם אחר (כגון: משרד הבטחון, ביטוח לאומי וכד') בקשר לתשלום פיצויים בגין פגיעתך / מחלתך ה"ל"? לא כן פרט וציין:

 שם הגורם הנתבע _____ מס' פוליסה _____ מס' תביעה _____
 פרטים נוספים _____

הנני מצהיר כי בתקופה אשר ציינתי לעיל אינני עובד בעבודה כלשהיא ובמקרה ויחזור אלי כושר עבודתי, אף במידה חלקית הנני מתחייב להודיע על כך לחברה, להמשיך בתשלום הפרמיות במלואן ולהחזיר לחברה פיצויים ששולמו לי לאחר שחזר אלי כושר עבודתי.



חלק ב' – למילוי ע"י הרופא המטפל (לאחר שהמבוטח מילא חלק א')
1. פרטים על מצבו הבריאותי של המבוטח

א. ציין את התקופה בה נמצא המבוטח בטיפולך:

ב. האבחנה של המחלה או הפגיעה (ציין כל הפרטים הרפואיים):

ג. האם בוצעו הבדיקות הרפואיות הבאות: רנטגן לא כן

א.ק.ג לא כן

אנדרוסקופיה (כגון בדיקת קיבה או מעי הגס) לא כן

טומוגרפיה ממוחשבת לא כן

גלים על קוליים (אולטרה סאונד) או הדגמת איברים בעזרת איזוטופים לא כן

אם כן מתי ומדוע? ובאיזה מוסד? ומהן התוצאות? _____

בדיקות אחרות _____

ד. מועד התחלת המחלה / הפגיעה

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: _____

2. פרטים על כושר עבודתו של המבוטח

א. באיזה תאריך נאלץ המבוטח להפסיק את עבודתו?	ב. באיזה תאריך חזר, או יהיה מסוגל לחזור המבוטח לעבודתו?
ג. אם המבוטח אינו מסוגל לחזור לעבודתו הקודמת ציין לאיזה סוג עבודה מסוגל לחזור, ומתי?	
ד. ציין פרטים נוספים בקשר לאובדן כושר עבודה, אם ישנם.	

3. הערות
