



השם המלא _____ מס' ת. זהות _____
 מס' התביעה _____ מס' הפוליסה _____
 כתובת המגורים _____ המקצוע הנוכחי _____
 תאריך לידה _____ מקום העבודה המדוייק _____

האם הנך חבר בקופת חולים? (פרט סניף, כתובת ומספר פנקס חבר)

תביעה בגלל מחלה

תביעה בגלל תאונה

1. טיב המחלה _____
2. מתי התחילה (תאריך) _____
3. האם סבלת ממחלה זו קודם לכן? אם כן, נא למסור תאריכים _____
4. האם עסקת בעבודה אחרת פרט לעבודתך הנוכחית? _____

1. מתי ארעה (תאריך שעה) _____
2. מקום התאונה _____
3. תאור מלא של ארוע התאונה _____
4. טיב החבלה _____

5. הנך עכשיו או האם היית רתוק }
 למיטה כאופן מתמיד כתוצאה }
 מהמחלה הנ"ל? אם כן, בין איזה }
 תאריכים? }
 6. מתי אתה מקוה: }
 א) כי תוכל לצאת מבתך? }
 ב) לחזור ולמלא כל חלק }
 מעבודתך הרגילה? }
 שם וכתובת הרופא המטפל בך _____

5. ציין אם היית פקח בזמן המקרה _____
6. צין את שמותיהם וכתובתיהם של עדי המקרה _____
7. שם וכתובת הרופא שטיפל בך לראשונה _____
8. האם הוא רופאך הקבוע _____
9. האם היו לך תאונות קודמות פרט: _____
10. ציין שמות הרופאים שטפלו בך בגין הנ"ל _____

8. האם הוא רופאך הקבוע? _____
9. האם היו לך מחלות קודמות פרט: _____

11. האם נגרם לך אבדן מוחלט של כושר }
 העבודה? אם כן, בין איזה תאריכים? }
 12. האם נגרם לך אבדן חלקי של כושר }
 העבודה? אם כן, בין איזה תאריכים? }
 13. היש לך זכות לתביעה בגלל תאונה מאיזה חברה, או כל גוף }
 משפטי אחר? } _____

10. ציין שמות הרופאים שטיפלו בך בגין הנ"ל _____
11. היש לך זכות לתבוע בגלל מחלה מאיזה חברה, או כל גוף }
 משפטי אחר? } _____

הצהרה

אני הח"מ מצהיר בזה כי כל הפרטים דלעיל הנם נכונים ואמיתיים

_____ חתימת התובע
 _____ תאריך

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, שם מלא _____
 מיפה בזה _____
 אודות מצב בריאותי _____
 חתימה _____

_____ תאריך