

טופס עדכון מצב אי-כושר עבודה

שם משפחה:	שם פרטי:	מספר זהות:
כתובת נוכחית:		
מס' טלפון:	מקצוע ועיסוק:	

1. האם אתה כשיר לעבודה? (באופן חלקי או מלא וכו')

פרט:

2. האם אתה עובד כיום, או עבדת מאז שהינך מקבל פיצוי חודשי לאובדן כושר עבודה, אנו ציין את הפרסים המבוקשים להלן:

שם מקום העבודה	כתובת	מספר טלפון	תקופת עבודה
			מ- _____ עד- _____
אופי העבודה:			
מס' שעות עבודתך ביום: _____	<input type="checkbox"/> עבודה משרדית	<input type="checkbox"/> עבודה המחייבת עמידה	
שכר חודשי: ש"ח _____	<input type="checkbox"/> עבודה פיזית	<input type="checkbox"/> עבודה המחייבת נשיאת משאות	
מעמד: <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> עבודה המחייבת נהיגה	<input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____	

3. אם אינך עובד כלל, נא פרט ממתי נמשך מצב זה ומהי הערכתך לעתיד:

פרט:

4. האם חל שינוי בכושר עבודתך מאז הצהרתך הקודמת?

פרט:

5. אם הנך במעקב רפואי? נא פרט:

שם רופא מטפל	כתובתו	תאריך ביקורך האחרון אצלו:

* נא לצרף תיעוד רפואי עדכני

הצהרה:

הריני מצהיר ומאשר בזה, בחתימת ידי כי כל תשובותי בטופס זה הן אמיתיות ומלאות ולא החסרתי או העלמתי מאומה. ידוע לי והנני מסכים כ' תשובות כוזבות או לא מלאות ביודעין או בכוונה, מקנות ל-הכשרה חברה לביטוח בע"מ, את הזכות לגבות ממני את כל הסכומים שקיבלתי ממנה, בגין תביעתי לאובדן כושר עבודתי, בתוספת כל ההוצאות שנגרמו לה בקשר לתביעת' זו.

תאריך:

חתימת