

זכויות כספיות בעקבות אירוע רפואי-מחלה או פציעה

טופס לבדיקה עצמית

מטרת הטופס- בדיקה ראשונית עצמית, האם נוצרו לך, או לבן משפחתך זכויות כספיות בעקבות אירועים רפואיים- מחלה או פציעה.

1. האם הינך סובל ממחלות קשות, הגורמות לירידה תפקודית ניכרת, מחלות כמו: סוכרת, מחלת לב, מחלה ממארת, מחלה אוטואימונית, מחלות פרקים, פגיעה מוחית, פגיעה כרונית קשה בכבד וכדומה **כן/לא**
2. האם נפצעת בעבודה, או הינך סובל ממחלת מקצוע? **כן/ לא**
3. האם יש במשפחתך ילד הסובל ממחלה כרונית קשה (פיגור שכלי, אוטיזם, עיוורון, חרשות) עם הגבלה בתפקוד וזקוק לטיפול רפואי מיוחד, או השגחה מתמידים? **כן/ לא**
4. האם אתה או מי מבני משפחתך נפגע בתאונה וכתוצאה מכך נותר עם ליקוי גופני? **כן/ לא**
5. האם אתה מבוטח בביטוח אובדן כושר עבודה ו/ או נכות מתאונה ו/או בריאות והינך במצב המצריך הגשת תביעה?
6. האם אתה סובל מנכות קשה ועדיין עובד ומשלם מס הכנסה? **כן/ לא**
7. האם הינך, שכיר / עצמאי/ פנסיונר.

פרטי הלקוח:

תאריך: _____ שם: _____ שנת לידה: _____
טלפון: _____ נייד: _____
מייל: _____
כתובת: _____

- סודיות מובטחת -

אנא החזר דף זה לפקס: 03-6099200 או במייל: tamar@mbtm.org.il /
office1@mbtm.org.il