

טופס בחינת זכויות - בחינת זכאות לקבלת תגמולים

לחברות וחברי הסגל המנהלי והטכני ובני משפחותיהם

טופס זה מועבר אליכם ללא כל התחייבות על מנת לבחון אם ניתן לקבל עבורכם ו/או עבור בני משפחותיכם זכויות ותגמולים בגין נזקי גוף או מחלות שאירעו לכם בעבודה או שלא במסגרת העבודה. לשם כך מומלץ למלא את הטופס.

שם: _____ כתובת: _____

עיר: _____ טלפון נייד: _____ טלפון נייד: _____

דואר אלקטרוני: _____ תאריך לידה: _____

מקום עבודה עיקרי בעבר/בהווה: _____ מספר שנות עבודה: _____

תפקיד/ים: _____ שנת פרישה: _____

האם גובה המשכורת/הפנסיה אותה את/ה מקבלת/הינה מעל 9,000 ₪ ברוטו? כן / לא (הקף/י)

האם יש לך פטור ממס הכנסה על רקע רפואי? כן / לא (הקף/י)

במידה והינך יו"ר / חבר וועד אגוד ציין את תפקידך ושם הגוף /חברה _____

האם תהיה מעוניין בקיום הרצאה במימוש זכויות במקום העבודה _____

א. ירידה בשמיעה/צפצופים	כן/לא	ט. בעיות כלי דם / דליות ברגליים	כן/לא
ב. פגיעה בריאות/קשיי נשימה	כן/לא	י. כוויות / צלקות	כן/לא
ג. הפחתה בתחושה בכפות הידיים	כן/לא	יא. התקף לב / מחלת לב	כן/לא
ד. בעיות בצוואר	כן/לא	יב. אירוע מוחי	כן/לא
ה. בעיות בגב תחתון	כן/לא	יג. מחלת עור / נגעים בעור	כן/לא
ו. בעיות בברכיים	כן/לא	יד. תסמונת דום נשימה בשינה(נחירות)	כן/לא
ז. בעיות בכתפיים	כן/לא	טו. בעיות בעיניים	כן/לא
ח. סוכרת	כן/לא	טז. נפשי (דיכאון, חרדות)	כן/לא
יז. סרטן	כן/לא	פרט סוג:	
יח. אירוע תאונתי בעבר	כן/לא	האיבר שנפגע:	
יט. מחלות ובעיות רפואיות אחרות	כן/לא	פרט:	
כ. האם את/ה מעוניין/ת בקבלת מידע אודות: עריכת ייפוי כח מתמשך / עריכת צוואה (הקף/י)			

האם את/ה או בני משפחתך מתקשה בביצוע חלק מהפעולות הבאות? הליכה/רחצה/הלבשה/אכילה/שליטה בסוגרים(הקף/י)

האם את/ה או בני משפחתך מקבלים קצבת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי? כן/לא (הקף/י)

האם את/ה או בני משפחתך מבוטחים בביטוח סיעודי דרך קופת החולים או חברת הביטוח? כן/לא (הקף/י)

האם את/ה או בני משפחתך הפעלתם את הביטוח הסיעודי? כן/לא (הקף/י)

במקרה של אלמנה - מועד פטירת בן/בת הזוג והסיבה לפטירה: _____

האם אתה מעוניין בטיפול משפטי אחר? אגף הקפ - פלילי, דיני משפחה, מקרקעין, תעבורה, ייעוץ משכנתאות. לא מעוניין

האם את/ה מוכרת/ע"י המוסד לביטוח לאומי בגין תאונת עבודה ו/או מחלת מקצוע ו/או נכות כללית? _____

האם את/ה מוכרת/ע"י קצין תגמולים/חוק לפיצוי נפגעי גזזת/חוק נפגעי פעולות איבה/חוק נכי רדיפות הנאצים? _____

אם כן, פרטי, בגין מה ומה אחוזי הנכות שלך, בגין כל פגימה?

את הטופס ניתן למסור בסיום ההרצאה או למלא את פרטי הטופס, ולצלם את הטופס ולשלוח תמונה

לווטסאפ שמספרו: 053-2448448 או להעביר לפקס: 08-6326680 או לסרוק לכתובת דואר אלקטרוני -

rafaelh1976@gmail.co.il ומשרד עורכי הדין יחזור אליכם/ו בהקדם. רפאל חזן.