



מספר זהות	שם העמית
תאריך	מספר תכנית/ות
19/09/2024	
מספר תביעה	

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

נספח ב' - שאלון לרופא למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל

חלק זה ימלא על ידי רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימלא על-ידי רופא משפחה/ילדים.

רופא נכבד,
על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

א. פרטי הרופא המקצועי המטפל / רופא משפחה					
שם משפחה	שם פרטי	התמחות	מספר טלפון בבית	מספר טלפון נייד	
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	יישוב	מיקוד	מספר פקס	דואר אלקטרוני

ב. פרטי העמית		
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי

ג. פרטים על מצבו הבריאותי של העמית

1. נא פרט מה הבעיות הרפואיות מהן סובל העמית: _____

2. נא פרט מהן הבעיות הרפואיות בעקבותיהן מצוי העמית באובדן כושר העבודה: _____

3. התלונות / הסימנים לבעיות רפואיות אלו החלו בתאריך: _____

4. נא פרט היסטוריה רפואית / בדיקות רפואיות הקשורה/ות לבעיה הנוכחית: _____

5. מצבו הבריאותי הנוכחי של העמית: החלים הורע ללא שינוי, נא פרט: _____

(מהדורה 04.2023)

ד. פרטים על כושר עבודתו של העמית

1. העמית נמצא באובדן כושר עבודה מתאריך _____ ועד לתאריך _____

2. באיזה תאריך חזר או יהיה מסוגל לחזור לעבודתו _____ באיזה היקף משרה _____

3. ציין פרטים נוספים בקשר לאובדן כושר העבודה, אם ישנם: _____

1442



חתימת
הרופא
המטפל *



תאריך



0712020000101010423

עמוד 1 מתוך 1 דפים

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מסמך: 1202