

# טופס בחינת זכויות לחברי הסתדרות רופאי השיניים

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: \_\_\_\_\_ תאריך פרישה: \_\_\_\_\_

משכורת/פנסיה (לצורך בחינת פטור ממס הכנסה על רקע רפואי): \_\_\_\_\_  
האם גובה המשכורת/הפנסיה אותה אתה/מקבלת/הינה מעל 9,000 ש"ח ברוטו? כן / לא (הקף).

האם אתה/סובלת/סבלת מהבעיות הבאות? (להקיף בעיגול)

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

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

האם אתה/מוכרת/ע"י המוסד לביטוח לאומי בגין תאונת עבודה ו/או מחלת מקצוע ו/או נכות כללית?  
האם אתה מוכר ע"י קצין תגמולים/חוק לפיצוי נפגעי גזת/חוק נפגעי פעולות איבה/חוק נכי רדיפות הנאצים?  
אם כן, פרטי, בגין מה ומה אחוזי הנכות שלך, בגין כל פגימה?

את הטופס ניתן להעביר לפקס: 077-3181412 או לכתובת דואר אלקטרוני - [123@8332.co.il](mailto:123@8332.co.il) או לצלם את הטופס ולשלוח תמונה לווטסאפ שמספרו: 054-9929190 ומשרד עורכי הדין יחזור אליכם בהקדם.