

תצהיר בריאות

אני הח"מ _____, בעל ת"ז _____ התובע בתיק _____
בבית משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את
האמת וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר בזאת כדלקמן:
להלן רשימת מחלות שהיו לי וחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך	המחלה	המוסד הרפואי
תאריך	המחלה	המוסד הרפואי
תאריך	המחלה	המוסד הרפואי
תאריך	המחלה	המוסד הרפואי

להלן פרטים על תאונות שהיו לי:

תאריך	סוג הפגיעה	המוסד הרפואי שטופלתי
תאריך	סוג הפגיעה	המוסד הרפואי שטופלתי
תאריך	סוג הפגיעה	המוסד הרפואי שטופלתי
תאריך	סוג הפגיעה	המוסד הרפואי שטופלתי

חתימה: _____

אני הח"מ מרחוב מאשר בזה כי ביום

הופיע/ה בפניי מר' /גב' המוכר/ת לי אישית / אשר הזדהה/תה בפניי לפי תעודת זהות מס' ולאחר
שהוזהרתי/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא
יעשה/תעשה כן, אישר/ה את נכונות הצהרתו/ה דלעיל וחתם/מה עליה בפני.

חתימה + חותמת עו"ד _____

הודעה לפי חוק הגנת הפרטיות

המידע שתמסור הינו הכרחי לצורך תפעול וטיפול בתביעות ביטוח. המידע שמסרת ושתמסור בעתיד וכן
מידע שיתקבל ממקורות אחרים לצורך הטיפול בתביעה, יישמר במאגר המידע של החברה ו/או כל גורם
מטעמה וייעשה בו שימוש לצורך תפעול שוטף, שיפור השירות, עיבודים סטטיסטיים, תחשיבים
אקטואריים, פילוח ומיקוד שיווקי ולטיפול בתביעות. למידע מפורט אודות השימוש שעושה החברה במידע,
מטרות איסופו, למי יימסר ומימוש זכויותיך בנושא עיון במידע ותיקונו, אנא קרא בעיון את מדיניות
הפרטיות של החברה המופיעה באתר האינטרנט בכתובת: www.nkr.co.il