

## הנחיות להגשת תביעה על פי פוליסה לביטוח חיים במקרה של אובדן כושר עבודה ו/או נכות מקצועית

### מבוטח/ת נכבד/ה,

להלן דף הנחיות, הבא להדריך אותך המבוטח בכל הנוגע למסמכים ולמידע שיש להגיש לחברת הביטוח, על מנת שנוכל לטפל בתביעתך במהירות האפשרית ולשביעות רצונך.

1. טופס ההודעה על תביעה במקרה של אובדן כושר עבודה ו/או נכות מקצועית, כולל את החלקים הבאים:

חלק א' - כולל את פרטיו האישיים של המבוטח וכן את פרטי מקרה הביטוח.  
חלק ב' - "שאלון לרופא מטפל" ימולא על ידי רופאו המטפל של המבוטח, ובו התייחסות למידע הרפואי על מקרה הביטוח.  
חלק ג' - "טופס בקשת מידע רפואי וויתור סודיות" ייחתם על ידי המבוטח ועל-ידי עד לחתימה.  
חלק ד' - פרטי חשבון הבנק של המבוטח, לצורך העברת תשלום תגמולי הביטוח. יש לצרף העתק שיק מבוטל, לשם מניעת טעויות.

2. במקביל למילוי טופס ההודעה על מקרה של אובדן כושר עבודה ו/או נכות מקצועית, יעביר המבוטח לחברה את האישורים הבאים:

#### א. אישורים רפואיים

- אישורים רפואיים על חופשת מחלה, לתקופות מוגדרות מרופא מקצועי או מרופא תעסוקתי מעבר לתום התקופת ההמתנה הנקובה בפוליסה.
- סיכומי מחלה מבית החולים.
- במידה והגשת תביעה למוסד לביטוח לאומי: אישורים מהמוסד לביטוח לאומי והעתקי פרוטוקולים מלאים של הועדות הרפואיות שעברת. יש לציין כי אין בהחלטת המוסד לביטוח לאומי בכדי לקבוע את חבותנו בתביעה.
- אישורים ממוסדות ממשלתיים כגון: משטרת ישראל, משרד הבטחון וכדו', המעידים על נסיבות האירוע, במידה וקיימים.

#### ב. אישורים על שכר/תקופת עבודה

##### מבוטח עצמאי

- אישור רואה חשבון על הכנסה שנתית אחרונה מיגיעה אישית לפני קרות מקרה הביטוח.
- אישור רואה חשבון המעיד כי המבוטח אינו מקבל שכר עבודה בתקופת אי הכושר הנטענת.

##### מבוטח שכיר

- 12 תלושי שכר חודשיים אחרונים לפני קרות מקרה הביטוח או טופס 106.

##### אישור מהמעביד

- אישור מהמעביד על מועד הפסקת עבודה, בציון גובה השכר המשולם על-ידי המעביד בתקופת אי-הכושר.
- אישור מעביד על מועד החזרה לעבודה, במקרה והמבוטח חזר לעבודה מלאה או חלקית. במקרה של חזרה לעבודה חלקית, המעסיק יציין באישור את תקופת העבודה החלקית ואת היקף המשרה.

#### ג. אישורים ממס הכנסה

מקבלי תשלום פיצוי חודשי לאובדן כושר עבודה חייבים בדיווח לשלטונות מס הכנסה. על פי החוק חלה על חברת הביטוח חובת ניכוי מס במקור מתשלומיה למבוטחיה בגין פיצוי חודשי.  
עם קבלת תביעתך בחברה, תישלח אליך הפנייה לפקיד שומה. עם הפניה זו, עליך לגשת לפקיד השומה באזור מגוריך ולקבל אישור עבור "מנורה חברה לביטוח בע"מ". את האישור שתקבל עליך לשלוח למשרדנו. במידה ולא יהיה בידינו אישור ממס הכנסה, אנו נאלץ לנכות מס מירבי.

ד. צילום תעודת זהות כולל הספח.

3. את טופס התביעה והאישורים הנדרשים ניתן לשלוח לכתובת: רח' אלנבי 115, ת.ד. 927, תל-אביב 6100802 או באמצעות פקס מס' 03-7608032.

4. ברצוננו להדגיש כי לאחר הגשת המסמכים שצויינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים ומסמכים נוספים לפי הצורך.

5. אנו מודים מראש על שיתוף הפעולה להשגת המידע והמסמכים האמורים לעיל, לשם קידום הטיפול בתביעה.

**בכל מקרה של בעיה או שאלה, הינך מוזמן לפנות למוקד תביעות ביטוח חיים בטלפון: 03-7107680.**  
**אנו מאחלים לך החלמה מהירה, בריאות טובה ואריכות ימים!**

בכבוד רב,

**מחלקת תביעות ביטוח חיים**  
**מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**

# חלק א' - למילוי על ידי המבוטח

## 1. פרטים מזהים של המבוטח

מס' פוליסה	שם משפחה ושם פרטי:	מספר זהות	תאריך לידה
כתובת	מס' טלפון	מס' פקס	
רח' מס' בית יישוב מיקוד			
שם קופת חולים	סניף	שם רופא משפחה	דוא"ל

## 2. פרטים מזהים על מקום העבודה

מקום עבודה וכתובת	מס' טלפון בעבודה	פרטי תפקידך בעת הפגיעה
שכרך החודשי הממוצע ב-12 החודשים האחרונים לעבודתך	תאריך הפסקת עבודתך	האם השתנה תפקידך מאז הוצאת הפוליסה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
האם חזרת לעבודה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> פרט/י מועד חזרתך, מספר שעות עבודתך ביום		

## 3. פרטים רפואיים (מלא סעיף א' במקרה של מחלה או סעיף ב' במקרה של תאונה)

### א. עקב מחלה

המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן	תאריך קבלת טיפול ראשון	תאריך אבחנת המחלה ועל ידי מי	האבחנה הרפואית	שם הרופא המטפל וכתובתו
--------------------------------------	------------------------	------------------------------	----------------	------------------------

### ב. עקב תאונה

תאריך אירוע התאונה/הפגיעה	שעת אירוע התאונה/הפגיעה	כתובת מקום אירוע התאונה/הפגיעה
תאר בקצרה נסיבות התאונה:		

### ג. יש למלא בכל מקרה

האם אושפזת או הינך מאושפז בבית חולים?	האם טופלת על ידי רופאים בקשר למצב בריאותך הנוכחי ובכלל בשנתיים האחרונות?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא פרט:	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא פרט:
שם הרופא וכתובתו	תאריכי הטיפול
שם הרופא וכתובתו	תאריכי הטיפול
שם בית החולים והמחלקה המטפלת	
האם נותחת או הינך עומד בפני ניתוח <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אם כן, פרט סוג הניתוח, מועד הניתוח ושם בית החולים
האם אתה סובל או סבלת ממום גופני כלשהו, או מחלה ממושכת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא פרט	

## 4. ביטוחים נוספים

האם תבעת או הינך עומד לתבוע או זכאי לתבוע חברת ביטוח אחרת או גורם אחר (כגון: משרד הבטחון, ביטוח לאומי וכו') בקשר לתשלום פיצויים בגין פגיעתך/מחלתך הנ"ל?	האם תבעת או הינך עומד לתבוע או זכאי לתבוע חברת ביטוח אחרת או גורם אחר (כגון: משרד הבטחון, ביטוח לאומי וכו') בקשר לתשלום פיצויים בגין פגיעתך/מחלתך הנ"ל?
שם הגורם הנתבע	מס' הפוליסה
פרטים נוספים	מס' תביעה

## 5. פרטים על מקורות הכנסה נוכחיים

1. האם אתה/עוסק באיזו עבודה תמורת שכר או גמול?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא פרט:
2. האם אתה/בעלים או שותף בעסק כלשהו?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא פרט:
3. האם יש לך מקורות הכנסה נוספים שלא פורטו כגון: קצבת ביטוח לאומי, קרן פנסיה או חברת ביטוח?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא פרט:

## 6. הצהרת המבוטח

אני החתום מטה מצהיר בזה כי תשובותי לעיל הינן מלאות ונכונות: ידוע לי כי על פי הוראות החוק, מסירת מידע כוזב או מטעה עלול לגרום לדחיית תביעתי ו/או שלילת זכותי לפיצוי על פי הפוליסה. הנני מצהיר כי בתקופה אשר ציינתי לעיל, אינני עובד בעבודה כלשהי ובמקרה ויחזור אלי כושר עבודתי, אף במידה חלקית, הנני מתחייב להודיע על כך לחברה, להמשיך בתשלום הפרמיות במלואן ולהחזיר לחברה פיצויים ששולמו לאחר שחזר אלי כושר העבודה.

תזימת המבוטח

תאריך \_\_\_\_\_

7. הריני מאשר בזאת למנורה מבטחים ביטוח (להלן - "מנורה") לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח מר/גב' \_\_\_\_\_ (להלן - "סוכן הביטוח") את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם תביעה זו ו/או מידע רפואי שנודע למנורה אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי "מנורה" בכל הנוגע להעברת המידעים ו/או המסמכים, לרבות המידע הרפואי לסוכן הביטוח ו/או באמצעותו.

תזימת המבוטח

תאריך \_\_\_\_\_



## חלק ג' - טופס בקשת מידע רפואי וויתור סודיות

**אני החתום מטה:** (במקרה של קטין ירשמו פרטיו על ידי הורה)

שם משפחה ושם פרטי	מס' זהות	שם האב
כתובת	טלפון	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא ההגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או חברות לביטוח ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור למנורה חברה לביטוח או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה (להלן "המבקשים") ואת כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או הנפשי ו/או הגנטי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הנפשי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי, אצל נותני השירותים שיפורטו להלן, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי "המבקשים" ולא תהא לי כלפי כל המוסדות לרבות קופות חולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן. כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

וויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני, את יורשיי, את באי כוחי על-פי דין וכל מי שיבוא במקומי.

### במקרה של קטין

שם האב	מס' זהות	שם האם	מס' זהות
--------	----------	--------	----------

תאריך	שם החותם	תעודת זהות	חתימה
תאריך	עד לחתימה	תעודת זהות	חתימה

## חלק ד' - פרטי הבנק להעברת תשלום התביעה

יש לצרף שיק מבוטל/צילום שיק מהחשבון הנ"ל, לשם מניעת טעות במספר החשבון.

אני \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ שם המבוטח/ת \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

1. נותן בזאת הוראה בלתי חוזרת שכל תשלום לו אהיה זכאי/ת בהתאם לפוליסה/ות מספר \_\_\_\_\_ עבור אובדן כושר עבודה יועבר על ידי "מנורה מבטחים" לחשבון מס' \_\_\_\_\_ בבנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ ע"ש \_\_\_\_\_ כתובת הסניף \_\_\_\_\_
2. רישום העברת הכספים לחשבוני ב"מנורה מבטחים" תהווה אסמכתא רשמית לקבלתם על ידי ואין ולא תהיינה לי כל טענה ו/או תביעה ל"מנורה מבטחים" בכל הקשור לכספים.

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך