

## טופס תביעה – אבדן כושר עבודה ונכות

מבוטח נכבד,

אנו שולחים לך איחולי החלמה מהירה ומלאה, כלקוח שרכש פוליסת ביטוח חיים בחברתנו, באפשרותך להגיש תביעה, בהתאם לתנאי הפוליסה. לנוחיותך, מצורף טופס תביעה הכולל הנחיות כיצד למלאו ופירוט המסמכים הדרושים לנו לטיפול בתביעה. אם הנך מתקשה במילוי הטופס, אל תהסס להתקשר לסוכן הביטוח שלך שישמח לעזור ולייעץ לך.

פרטי הסוכן	שם הסוכן	מס' הסוכן	כתובת	טלפון

\* להלן פירוט האישורים הנחוצים לטיפול בתביעתך, לפי סוגי התביעות

### חדש! ביכולתך לצפות בסטטוס תביעה תחת מידע אישי באתר הפניקס

אובדן כושר עבודה
<p><b>אישורים רפואיים</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>סיכום רפואי מטעם הרופא המטפל ו/או סיכום מחלה מבית החולים, הכולל את תאור הפגיעה/מחלה/נכות ופירוט יכולתו הפיזית והשיקומית של המבוטח.</li> <li>אישורי מחלה מרופא מקצועי או רופא תעסוקה לכל תקופת אובדן כושר העבודה.</li> <li><b>אם הוגשה תביעה לביטוח לאומי:</b> אישורים מהמוסד לביטוח לאומי והעתקי הפרוטוקולים מדיונים והחלטות הוועדות הרפואיות.</li> </ul> <p>לידיעתך, את המסמכים הרפואיים העדכניים יש לשלוח חודש לפני תום תקופת ההמתנה.</p>

אישורי שכר
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>לגבי עצמאי:</b> אישור רואה חשבון על הכנסה שנתית אחרונה לפני אובדן כושר העבודה, או אישור מס הכנסה על הכנסה חייבת במס (דוח שנתי למס הכנסה).</li> <li><b>לגבי שכיר:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>12 תלושי שכר חודשיים אחרונים או טופס 106 המתייחס לתקופה לפני אובדן כושר העבודה.</li> <li>אישור מעביד על תאריך הפסקת עבודה.</li> <li>במידה והמבוטח אינו עובד אך מקבל שכר מהמעביד: אישור על גובה השכר המשולם בתקופת אי הכושר.</li> <li>במידה והמבוטח חזר לעבודה חלקית: מועד החזרה לעבודה, גובה השכר המשולם ומספר שעות העבודה.</li> </ul> </li> <li><b>שכיר בעל שליטה (עד 5 בעלי שליטה):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>12 תלושי שכר חודשיים אחרונים או טופס 106 המתייחס לתקופה לפני אובדן כושר העבודה.</li> <li>אישור מעביד על תאריך הפסקת עבודה.</li> <li>במידה והמבוטח אינו עובד אך מקבל שכר מהמעביד: אישור רו"ח על גובה השכר המשולם בתקופת אי הכושר.</li> <li>במידה והמבוטח חזר לעבודה חלקית: מועד החזרה לעבודה, גובה השכר המשולם ומספר שעות העבודה.</li> <li>רשימת מקבלי שכר בשנה האחרונה</li> </ul> </li> <li><b>מס הכנסה:</b> לתשומת לבך קצבת אובדן כושר עבודה חייבת במס הכנסה והמס מנוכה במקור, ובמקרים מסויימים גם בדמי ביטוח לאומי ומס בריאות. באם הנך מעוניין בתשלום מס מופחת אנא פנה למיישב התביעות לקבלת מכתב הפניה מתאים למס הכנסה ולביטוח לאומי.</li> </ul>

נכות מתאונה
<ul style="list-style-type: none"> <li>סיכום רפואי מטעם הרופא המטפל ו/או סיכום מחלה מבית החולים, הכולל את תאור הפגיעה/מחלה/נכות.</li> <li>חוות דעת מטעם גורם רפואי (ביטוח לאומי או רופא מומחה) המעידה על שיעור נכותו הצמיתה של המבוטח על פי הפוליסה.</li> <li>במקרה של קביעת אחוזי נכות מטעם המוסד לביטוח לאומי, יש לצרף את הפרוטוקול משיבת הועדה, המגדיר את הסעיפים לפיהם ניתנה הנכות.</li> <li>במקרה של תאונה, יש לצרף אישור המעיד על התאונה מגורם ממשלתי כמו משטרה, משרד הביטחון, או מסמך רפואי המעיד על כך.</li> </ul>

פרטי המבוטח					
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.		עיסוק	עצמאי/שכיר/בעל שליטה
רחוב	מספר	ישוב	מיקוד	מיקוד	מספר טלפון

פרטי המעסיק			
שם המעסיק / החברה	ע.מ. המעסיק / מס' חברה (ח"פ)	כתובת	מספר טלפון

פרטי אירוע התביעה			
<input type="radio"/> נכות <input type="radio"/> אובדן כושר עבודה			
במקרה של מחלה	תאריך אבחון המחלה	שם המחלה	
	המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן		
	האם אושפזת בשל המחלה	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	
במקרה של תאונה	שם הרופא המטפל	כתובתו	
	תאריך ארוע התאונה/פגיעה		
	תאור קצר של נסיבות התאונה		
	האם אושפזת בשל המחלה	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	
	שם הרופא המטפל	כתובתו	

זכאות מביטוח לאומי, קרנות פנסיה, חברת ביטוח אחרת		
האם תבעת או שאתה זכאי לתבוע בקשר לתשלום פיצויים בשל מחלתך /פגיעתך?		
ביטוח לאומי	קרנות פנסיה	חברת ביטוח אחרת
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
פרט:	שם הקופה:	שם הקופה:
	מס' פוליסה:	מס' פוליסה:
	מס' תביעה:	מס' תביעה:
	פרט:	פרט:

תאריך הפסקת עבודה	האם חזרת לעבודה חלקית	תאריך משוער לחזרה לעבודה
___/___/___	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	___/___/___

הצהרת הסוכן לגבי ביטוחים בחברות אחרות	
אני הח"מ	מס' ת.ז. (סוכן ביטוח)
מצהיר ומאשר בזאת כדלקמן (נא לסמן בעיגול מס' הסעיף הרלוונטי):	
<input type="radio"/> המבוטח שבנדון לא בוטח דרכי בפוליסה/ות בעלת כסויים ביטוחיים מקבילים בכל חברת ביטוח אחרת מלבד הפניקס.	
<input type="radio"/> המבוטח שבנדון בוטח דרכי בפוליסה/ות בעלת/ות כסויים ביטוחיים מקבילים בחברת/ות הביטוח כדלקמן:	
תאריך	חתימת הסוכן
	<input checked="" type="checkbox"/>

הצהרת המבוטח		
הנני מצהיר כי בתקופה אשר ציינתי לעיל אינני עובד בעבודה כלשהי ובמקרה שיוחזר אלי כושר העבודה ולו באופן חלקי. הנני מתחייב להודיע על כך לחברה, להמשיך בתשלום הפרמיות ולהחזיר לחברה כספים ששולמו לי עבור התקופה שלאחר חזרתי לעבודה/סיום התביעה.		
תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימה
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

← פרטי הבנק - בצירוף המחאה לדוגמא ו/או אישור הבנק על קיום חשבון

שם בעל החשבון	ת.ז.	מספר חשבון הבנק
שם הבנק	מספר סניף	כתובת הסניף

← בקשת מידע רפואי - ויתור על סודיות

אני החתום מטה 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 הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או למשטרת ישראל ו/או לחברות הביטוח ו/או קרן פנסיה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השרותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצב הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי 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 ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השרותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיה לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים 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 השרותים שיפורטו שלהלן.

בקשתי זו תחייב גם את יורשי ו/או עזבוני.

← פרטי המבוטח

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.
רחוב	מספר	ישוב
שם קופ"ח	שם קופה קודמת	חתימת המבוטח
		<input checked="" type="checkbox"/>

תאריך	עד לחתימה	ת.ז.	חתימת עד לחתימה
			<input checked="" type="checkbox"/>

← הצהרת מבוטח - אישור כי ברשותי מערכת הכללים ואיגרת הפניקס

הנני מאשר כי ברשותי מערכת הכללים ואיגרת הפניקס הרלוונטית כפי שהם מופיעים באתר האינטרנט של החברה.

תאריך	חתימת המבוטח/האפטרופוס
	<input checked="" type="checkbox"/>

← הצהרת מבוטח - אישור קבלת תכתובות מהמבוטח באמצעות הסוכן

הריני לאשר כי כתובת משרדו של הסוכן תשמש עבורי כמען לקבלת כל התכתובות מהמבוטח, לכל דבר ועניין בהקשר לתביעה זו ולרבות עבור משלוח מערכת כללים ואיגרת הפניקס.

תאריך	חתימת המבוטח/האפטרופוס
	<input checked="" type="checkbox"/>

← חתימת המבוטח

תאריך	שם פרטי ומשפחה של המבוטח	חתימה
		<input checked="" type="checkbox"/>