

עסק בריא - הודעה על תביעה לתשלום

טופס תביעה "הודעה על תביעה לתשלום" נועד כדי להגיש תביעות לתשלום דמי מחלה, 9 ימי פגיעה בעבודה, ודמי פגיעה מחוץ לעבודה.

לשימוש הפניקס הישראלי

לכבוד
 מח' תביעות - "קו הבריאות"
 הפניקס הישראלי חברה לביטוח בע"מ
 דרך השלום 53, גבעתיים 53454

מאת	שם המעסיק	כתובת המעסיק
-----	-----------	--------------

הודעה על תביעה לתשלום

(סמן ב-X) דמי מחלה 9 ימי פגיעה בעבודה פגיעה מחוץ לעבודה

א. ימולא ע"י מגיש התביעה (העובד):

ש"ס	שם פרטי	שם משפחה
מס' זהות	כתובת	
<input type="radio"/> זמנית (לביצוע התשלום הזה בלבד)		<input type="radio"/> קבועה
מיקוד	מס' בית	רחוב
מס' טלפון ביד		מס' טלפון
מס' טלפון		ת.ד.

הצהרת העובד

- אני החתום מטה מצהיר כי לא עבדתי במשך כל התקופה המצוינת בתעודה הרפואית המצ"ב עבורה אני תובע דמי מחלה ולא קיבלתי שכר או משכורת עבור התקופה הנ"ל.
- כי בשנת המס בה הגשתי את התביעה הנ"ל לתשלום דמי מחלה, עבדתי רק אצל המעסיק הרשום בתביעה זו ולא עבדתי בכל מקום עבודה אחר.
- הנני נותן בזאת רשות לכל מוסד רפואי למסור ל"פניקס" את כל הפרטים על מצב בריאותי ומשחרר מחובת סודיות רפואית כלפי "הפניקס" ולא תהיינה לי כל טענות או תביעות מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.

תאריך	העיסוק / התפקיד במפעל	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת העובד
-------	-----------------------	---

ב. ימולא ע"י המעסיק:

תקופת מחלה	תקופת המחלה	תאריך	תאריך
יום עבודה אחרון לפני המחלה או יום הפגיעה מהתאונה	מתאריך	עד תאריך	חזר לעבודה ביום

הצהרת המעסיק

הננו מצהירים בזה כי כל הפרטים שנמסרו נכונים וכי מגיש התביעה מבוטח בביטוח דמי מחלה ב"פניקס הישראלי חברה לביטוח בע"מ" בתקופה זו. מצורף בזה: אישור רפואי / תעודת מחלה הצהרות

הערות המעסיק	תאריך	<input checked="" type="checkbox"/> חתימה וחוממת המעסיק
--------------	-------	---

מעסיק נכבד,

בעת שנודע לך על מחלת עובדך, בגינה הוא זכאי לתשלום דמי מחלה, עליך לדווח על כך, בכתב ובצירוף הטפסים והאישורים המתאימים למח' התביעות של קו הבריאות בחברת הפניקס. עליך למלא את טופס התביעה בצדו השני של הדף ולצרף את האישורים וההצהרות הנדרשים כחוק, בהתאם לרשום מילה. לטופס הבקשה לתשלום (טופס התביעה) יש לצרף תעודה/אישור מחלה של קופת חולים ערוכה כנדרש, שתכלול:

1. שם ושם משפחה של המבוטח.
 2. מס' תעודת זהות.
 3. אבחנת המחלה וסימולה לפי מפתח מחלות.
 4. תקופת המחלה. במקרי אשפוז תצוין התקופה.
 5. מספר ימי המחלה.
 6. תאריך הוצאת התעודה.
- הקפדה על מילוי מדויק של הטפסים וצירוף החומר הנדרש תקל ותזרז את הטיפול בתביעה.

ריכוז המקרים והאישורים הנדרשים

במחלה רגילה - תעודת מחלה מקופת חולים ערוכה כנדרש וחתומה.

בתקופת מחלה ארוכה - סיכום רפואי ערוך וחתום ע"י הרופא המטפל ו/או גליון אשפוז/ שחרור, לפי דרישת המבטח.

בחלקיות מחלה - נתונים בדבר נוכחות בעבודה והיקף המשרה, לפי דרישת המבטח.

בפגיעה בעבודה - יצורפו לתביעה טופס הצהרה על פגיעה בעבודה אישור על הטיפול הרפואי מביה"ח ו/או מד"א ו/או מר"מ לפי דרישת המבטח וכן אישור מהמוסד לביטוח לאומי המכיר באירוע כפגיעה בעבודה.

בפגיעה מחוץ לעבודה - במקרה של פגיעה מחוץ לעבודה יצורפו לתביעה אישור על הטיפול הרפואי מביה"ח ו/או מד"א ו/או מר"מ לפי דרישת המבטח. בנוסף לכך יש למלא טופס "דיווח ארוע פגיעה".

מחלת ילד - תביעה לתשלום דמי מחלה בשל היעדרות מחמת מחלת ילד, תלווה בהצהרה כנדרש בחוק דמי מחלה (העדרות בשל מחלת ילד) תשנ"ד-1993.

מחלת בן-זוג - תביעה לתשלום דמי מחלה בשל היעדרות מחמת מחלת בן/בת זוג, תלווה בהצהרה כנדרש בחוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת בן זוג) תשנ"ח-1998.

מחלת הורה - תביעה לתשלום דמי מחלה בשל היעדרות מחמת מחלת הורה או הורה של בן/בת הזוג, תלווה בהצהרה כנדרש בחוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת הורה) תשנ"ד-1993.

היעדרות עקב הריון ולידה - תביעה לתשלום דמי מחלה בשל היעדרות עקב הריון ולידה של בת הזוג, תלווה בהצהרה כנדרש בחוק דמי מחלה (היעדרות עקב הריון ולידה של בת זוג) תש"ס-2000.

דברי הסבר למילוי הטופס

הסעיף בטופס	אופן המילוי
"הודעה על תביעה לתשלום"	<p>- יש לסמן בעיגול המתאים ב - X את סוג התביעה המוגשת:</p> <p>דמי מחלה - דמי מחלה על פי חוק לרבות דמי מחלה בגין מחלת הורה, בן זוג, או מחלת ילד.</p> <p>9 ימי פגיעה בעבודה - זכאות להחזר תשלום למעסיק עבור 9 ימים הראשונים שלאחר יום הפגיעה בעבודה של עובדו.</p> <p>פגיעה מחוץ לעבודה - סכום כסף שהמבטח ישלם עפ"י הפוליסה לעובד שאינו מסוגל לעבוד בעבודתו מחמת פגיעה כלשהי כאשר אין גורם מזיק ממנו ניתן להיפרע על אובדן ימי העבודה.</p>
א. ימולא ע"י מגיש התביעה: פרטי העובד כתובת	<p>- ימולא על ידי העובד.</p> <p>- יש למלא את הפרטים ובמספר ת"ד להקפיד על ספרת ביקורת.</p> <p>- כתובת העובד אליה ישלח המבטח מכתב, במידת הצורך:</p> <p>קבועה - כתובתו הקבועה של העובד.</p> <p>זמנית - כתובת זמנית, רק לצורך תביעה זו.</p> <p>- יש להקפיד למלא את כל הפרטים לרבות מספרי טלפון.</p>
"הצהרת העובד"	<p>- על העובד לקרוא ולחתום על הצהרת העובד. יש למלא את תאריך החתימה ואת העיסוק של העובד במפעל (בחברה).</p>
ב. ימולא ע"י המעסיק: "יום עבודה אחרון לפני המחלה או יום הפגיעה מהתאונה"	<p>- ימולא על ידי המעביד המעסיק את העובד שמגיש את התביעה.</p> <p>- יש למלא את התאריך האחרון בו עבד העובד במפעל/בחברה בטרם חלה או את התאריך שבו נפגע העובד מתאונה.</p>
"תקופת המחלה"	<p>- יש למלא את מועד תחילת המחלה של העובד ומועד סיום המחלה, בהתאם לאישור המחלה הרפואי המצורף לטופס התביעה.</p>
"חזר לעבודה ביום"	<p>- תאריך חזרת העובד לעבודה.</p>
"הצהרת המעסיק"	<p>- יש לחתום על הצהרת המעסיק בחתימה ובחותמת המעסיק, למלא את תאריך החתימה ולסמן בריבוע המתאים את סוג החומר המצורף לטופס התביעה.</p>