

## פוליסת ביטוח חיים: הנחיות להגשת תביעה - אובדן כושר עבודה

**מבוטח יקר,**

לרשוטך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה למימוש זכויות, על פי הנסיבות לאובדן כושר עבודה לפי תנאי הפוליסה.

**משמעותי נוחות הערכה מנוסחת בלשון ذכר.**

על מנת לאפשר לנו לטפל בתביעתך באופן מסודר ומהיר, נבקש **למלא** את הטופס התביעה ולצרף את המסמכים הרלוונטיים  
כמפורט בסופם המצורף בזאת.

את טופס התביעה והמסמכים הנדרשים אנחנו שלח אלינו אל:

כל חברה לביטוח בע"מ, רח' ראול ולנברג 36 תל-אביב 61007 או לפקס מספרו 077-6383394  
או למייל [svilife@clal-ins.co.il](mailto:tvilife@clal-ins.co.il).

לידיעך, בחברתנו מופעל שירות הודעות SMS המעדכן על סטטוס תביעה. אנחנו ציין את מספר הטלפון הסלולרי  
שלך בטופס התביעה לצורך התקשרות ועדיין רציף בסטטוס התביעה.

כל ביטוח מאפשר לך לנוהל את תביעתך בכל זמן ומכל מקום באמצעות שירות "تبיעות און-ליין" שבאתר החברה  
בכתובת [www.clal.co.il](http://www.clal.co.il).

שירות "تبיעות און-ליין" מאפשר לך להגיש תביעה דרך האתר ולצפות בסטטוס הטיפול בה, להעלות מסמכים חסרים, לראות את  
כל התוכנות הנוגעות לתביעה ועוד.

لتשומתLIBR, כל והינך אזרח ותיק, אפשרותך להגיש תביעה בעל פה אל מול נציג המוקד.

כמו כן, נבקש **למלא** את כתובה הדואר האלקטרוני בטופס התביעה לצורך התקשרות.  
**מתוך כתובה המайл עשי ליעיל את הטיפול בעניינך.**

**שים לב!**

mobherci כי קבלת טופס התביעה אצל המבטחה אינה מהוות הסכמה ו/או התchingות ו/או אישור של המבטחה.

**אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאללה בטלפון שמספרו: \*6564**

בברכה,

מחלקה תביעות ביטוח חיים  
מערך התביעות  
כל חברה לביטוח בע"מ



## **נספח א' - הנחיות לעניין אופן מילוי טופס הגשת תביעה בגין CISCO אובדן כשר עבודה ורשימת המסמכים הנדרשים מהתובעת/ת במסגרת הטיפול בתביעה**

על מנת לבדוק את זכאותך, ולצורך טיפול בתביעה, נבקש למלא את טופס התביעה, כולל נספחיו, באופן מפורט, הכלול, בין היתר, את הפרטים הבאים:

1. פרטיים אישיים של המבוטח/ת ובוחרת אופן שלוח מסמכים והודעות בקשר לתביעה.
2. פרטי חשבון בנק, בצויר צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון, לצורך ביצוע העברה בנקאית במידה וה התביעה תאושר.
3. פרטי התביעה ופרטים על אובדן כשר העבודה - נבקש למסור מידע מפורט על סיבת אובדן כשר העבודה, המועד, וכן פרטיים בגין מציבר התעסוקתי והרפואו.
4. פרטיים נוספים על המבוטח/ת - נבקש למסור מידע בנוגע לעיסוק, השכלה והכשרה מקצועית.
5. הצהרה על נכונות המידע שנמסר ומtan אישור לגבי שימוש ושמירת המידע.
6. טופס ויתור סודיות - לצורך הוצאת מסמכים רפואיים ואחרים, ככל שיידרשו, במסגרת בירור התביעה, יש למלא את פרטי המבוטח/ת ולהחותם על הטופס. חתימת המבוטח/ת תאומת על ידי מאמת חתימה.
7. טופס 101 (כרטיס עובד) - כולל הנחיות למילוי בגוף המסמך.

### **לצורך טיפול בתביעה, הנר' נדרש/ת לצרף את המסמכים ברשימה להלן:**

1. טופס תגובה לקבלת תגמול ביטוח.
2. אישורים רפואיים הנמצאים ברשותך, המעידים על מציבר הרפואי.
3. טופס ויתור על סודיות רפואי.
4. ככל שפנית בתביעה אל המוסד לביטוח לאומי, בקשר לתאונת העבודה, נכות כללית, חופש לידיה ושמירת הרון - יש לשלוות את העתק החלטת המוסד לביטוח לאומי, ככל שיש החלטה.
5. למבוטח/ת שכיר/ה - יש לשלוות 12 תלושים שכר אחרים, לפני קורת מקרה הביטוח וכן אסמכתא על תקופת ההיעדרות מהעבודה. ככל שהזרת לעבוד באופן מלא או חלק, יש לשלוות תלושים שכר מיום החזרה למעגל העבודה.
6. למבוטח/ת עצמאי/ת - יש לשלוות אישור רואה חשבון על הכנסתה שניתית החיבור במס או דוח שומה לשנה שקדמה לקרה הביטוח, וכן אישור רואה חשבון על הכנסתות המבוטח/ת לאחר מקרה הביטוח, ככל שקייםות הכנסתות, כאמור.
7. למבוטח/ת המקבל/ת /או הזכאי/ת לkazaבה מגורמים אחרים (כגון חברת ביטוח, קרן פנסיה או ביטוח לאומי) - יש לשלוות אישור על גובה הקazaבה והתקופה שאושירה ככל שאושירה.
8. טופס 101.
9. העתק המכחאה או אישור ניהול חשבון.
10. צילום תעודה זהות קרייא וברור, כולל ספח פתוחה.

### **מה יקרה בהמשך:**

עם קבלת מסמכי התביעה, ישלח מכתב המפרט את המסמכים שהתקבלו. במקרים בהם יהיה צורך במידע /או מסמכים נוספים /או הבהירות, נבקש מידע נוסף בהתאם, כמו כן, ייצור עmr קשור לציג שירות מטעמו. במקרה מסוימים, תידרש/י להיבדק על ידי רופא חברה. במקרים אלו, תשלח הודעה בכתב והבידה תتواءם עmr מראש על ידינו או על ידי מי מטעמו. לאחר קבלת מלאה המסמכים הנדרשים ותוצאות בדיקת רופא חברה, ככל שבוצעה, נודיעך על הכרעתנו בתביעה.



**להלן לוחות זמנים לטיפול בתביעות אובדן כשר עבודה**

נושא	סעיף בוחר	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר
תביעה לקבלת תגמולי ביתוח אובדן כשר עבודה	7(א)	מסירת המסמכים הנדרשים בקשר להגשת התביעה	עד 2 ימי עסקים אחד מהמועד שבו התקבלה הפניה
	7(ב)	עדכן המבוטח בשיחה טלפונית על קבלת המסמכים ובקשת מידע נוספת לפי הצורך	עד 3 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים
	8(א)	פניה לכל הגורמים הרלוונטיים לקביעת יכולתו התפקודית והתעסוקתית של המבוטח (לרבות חקירה ואייסוף תיק רפואי)	עד 3 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים
	8(ב)	הודעה בדבר תוצאות מהלך בירור התביעה	עד 20 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים
	9(א)	פניה טלפונית למבוטח לצורך קביעת מועד להתייצבות לביקפה בפני רופא החברה	עד 3 ימי עסקים ממועד הודעה של החברה על הצורך בהתייצבות לביקפה רפואי
	9(ב)	מועד התיאצבות לביקפה בפני רופא החברה	עד 10 ימי עסקים ממועד הפניה הטלפונית למבוטח
	9(ה)	מסירת ההכרעה בתביעה לאחר ביקפה רפואי	עד 3 ימי עסקים ממועד התיאצבות או 7 ימים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת רופא החברה
	10(א)	הגשת ערעור	עד 90 ימים ממועד הכרעת החברה בתביעה
	10(ג)	הודעה לmbוטח על מועד התכניות הוועדה הרפואית	עד 3 ימים ממועד קבלת הערעור
	10(ד)	התכניות הוועדה הרפואית	עד 21 ימים ממועד קבלת הערעור
ועדה רפואית לערעורים	10(ג)	הודעה לmbוטח על החלטת הוועדה הרפואית	עד 5 ימים ממועד התכניות או 7 ימים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה הרפואית
	11(א)	הגשת ערעור ע"י המבוטח	עד 90 ימים ממועד הודיעת החברה על החלטת הועדה הרפואית
	11(ב)	הגשת ערעור ע"י החברה	עד 5 ימים ממועד החלטת הוועדה הרפואית
	11(ד)	הודעה לmbוטח על מועד התכניות הוועדה הרפואית לערעורים	עד 3 ימים ממועד קבלת הערעור
	11(ה)	התכניות הוועדה הרפואית לערעורים	עד 21 ימים ממועד קבלת הערעור
	11(ח)	הודעה לmbוטח על החלטת הוועדה הרפואית לערעורים	עד 5 ימים ממועד התכניות או 7 ימים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה הרפואית לערעורים



קוד מסמך 126

## נספח ב' - בקשה למימוש זכויות - אובדן כושר עבודה

### א. פרטי התובע/مبرוכת

תאריך לידה	שם פרטי	שם המשפחה	מין	מספר תעודה זהות
			ז / נ	

מיקוד	מספר	רחוב/ת.ד.	כתובת מגורים/ישוב

טלפון נייד	טלפון

אוף קבלת הודעות ומסמכים – יש לבחור מטה את דרך יצירת הקשר עמו:

**מספר טלפון נייד** \_\_\_\_\_ אני מסכימ כי המסמכים והודעות על פי דין בקשר ל התביעה ישלחו במסרין לניד שליל, במקום באמצעות הדואר.

**דוא"ל** (לצורך קבלת מסמכים בדו"ל יש לציין גם מספר טלפון נייד) \_\_\_\_\_ אני מסכימ כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר ל התביעה ישלחו לדואר אלקטרוני שליל\* /או באמצעות אתר האינטרנט של החברה, במקום באמצעות הדואר.

\* במידה ולא מילאתי את כתובת הדואר האלקטרוני ישלחו המסמכים לכתובת דואר אלקטרוני קודמתה שמסרתתי לחברת, ככל שמסרתי.

אני מבקש כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר ל התביעה ישלחו אליו בדו"ר ישראל בלבד.

אני מסכימ/מה כי החברה וחברות נוספות לפטריה התקשרות שמסרתתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתוות דואר אלקטרוני) מסמכים והודעות לרבות מסמכיו הפליסיה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין) בקשר עם כל מוצר הביטוח הפנסי והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל באמצעות:

**דואר דיגיטלי** (דו"ר אלקטרוני או מסרין לטלפון נייד) \_\_\_\_\_ דואר רגיל

לייעתך, אם לא תבחרי באחת האפשרויות המפורנות ישלחו אליו מסמכים והודעות כאמור באמצעות דיגיטלי (דו"ר אלקטרוני או מסרין לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה. ככל שברצונך לעדכן את ההסכומות האמורתיות או את פרטי האישים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למועד שירות הלקוחות בטלפון **5454**\*

### ב. פרטי איש קשר שאינו המברוך לניהול התביעה

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודה זהות	קרבה למברוכת
כתובת	רחוב	מספר	מיקוד
מספר טלפון נייד	טלפון	מספר	כתובת
אני מסכימ כי מסמכים והודעות בנושאי תביעות מטעם החברה ישלחו לדואר אלקטרוני שליל וזאת במקום באמצעות הדואר. חתימה:			דו"ל _____ @ _____
חתימת המברוך המאשר מניין איש קשר			תאריך _____

### ג. פרטיים נוספים

מספר הפליסיה/וות לביטוח חיים

שם פרטי (מחק את המיותר)	מקום העבודה	שם בעסוק (לפני קרות האירוע)	מקום
שכר/ עצמאי			



**ד. פרטי חשבון בנק (נא צרף צילום המחאה מבוטלת)**

במידה והתביעה תאשר, התשלומים יבוצעו באמצעות העברה בנקאית. נא למלא את הפרטים ולצरף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון. הריני להצהיר כי להלן פרטי הבנק שלי לצורך העברת בנקאית בגין תשלום התביעה הנידונה:

שם בעל החשבון	מספר זהות	כתובת למשלו הודעת זיכוי			
שם בנק	מספר חשבון	שם סניף	מו' סניף	שם סניף	מו' סניף

\*ידוע לי שאין במסירת פרטי חשבון כמפורט לעיל משום התcheinיות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוח.olidיעך, חברותנו משלמת תגמולי ביטוח באמצעות העברת בנקאית לחשבון המבוטל. ככל שתבחר לא להעביר אלינו את הפרטים הנדרשים לצורך תשלום בהעברה בנקאית, אנו נשלם את תגמולי הביטוח באמצעות משלו המכחאה לפוקודתך לכטובת המזינה בערכת תביעה זו. שים לב! חשוב למלא את כל השדות בסעיף זה גם לצורך זיהוי בעת פניות למועדי התביעות.

\* חתימת בעל החשבון: X תאריך: \_\_\_\_\_

**ה. פרטי התביעה**

1. תביעה לאובדן כושר עבודה מלא  חלק
2. תאריך קרות האירוע

שנה	חודש	יום

**ו. פרטיים על אובדן כושר עבודה**

1. סיבת אובדן כושר עבודה (סמן):

- מחלה
- מחלת מkteע
- תאונת עבודה
- תאונת דרכים - עבודה
- תאונת דרכים
- פעולות איבה או מלחמה
- שמירת הרון

2. מתי קرتה התאונת או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה? أنا תאר את פרטי האירוע

3. האם אתה עדין מתופל במרכז רפואי כלשהו? כן  לא

אם כן פרט את שם המרכז הרפואי:



4. עד מתי עבדת לאחורה?

5. באיזה עיסוק?

6. מה שמו של המעסיק האחרון אצל הוועסקת?

7. האם אתה מרופך למיטה או לビיתך על פי הוראות הרופא? אם כן-עד מתי?

8. האם סבלת מבעיות רפואיות קודם לתאונת/מחלה? אלו בעיות רפואיות? متى סבלת מאותן בעיות רפואיות?

9. האם חזרת לעיסוק או לעסוק אחר? כן לא

אם כן, פרט מהו העיסוק:

שם מקומ העבודה:

מתי התחלת לעסוק בה מהי ההכנסה החודשית מהו היקף המשרה  
(נא לצרף תלושי שכר)

10. האם אתה הבעלים או שותף בעסק כלשהו או בחברה כלשהי? כן לא  
אם כן, מהו העסק, מה שייעור בעלותך בו ומהם התקבולים שאתה מקבל ממנו?

11. האם יש לך מקורות הכנסה נוספים שלא פורטו לעיל? כן לא

אם כן, פרט את כל מקורות הכנסה מכל מיין שיש לך:

12. האם יש לך ביטוחים אחרים לרבות קרנות פנסיה, המכסיים נכונות /או אובדן כושר עבודה? נא מסור פרטים שם החברה,  
מספר保険, סוג הפלישה, סכומי ביטוח או פיצוי, תקופת הביטוח ועוד.

13. האם הגשת או בכונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי בעקבות התאונת/המחלה? כן לא  
אם כן – פרט:

14. האם הגשת תביעה לגורם ממשלתי כלשהו? והאם הינך מקבל פיצוי מאותו גורם?

15. במקורה של תאונת דרכים: האם הגשת תביעה לחברת הביטוח עקב התאונת? אם כן, מהו שם החברה? האם נבדקת על ידי  
מומחה מוסכם / מומחה בית משפט כן לא אם כן – נא להמציא לנו עותק חוות דעת רפואית



## ז. פרטיים נוספים על המבוטח

1. מהי השכלהך / הcersהך המקצועית?

---



---

2. פרט מה היו עיסוקיך ב-5 השנים האחרונות, כדלהלן:

עיסוק	השנים בהם עסקת בו	שם העסק	מעמדך שכיר/ עצמאי	סיבה להפסקת עבודתו באותו עיסוק

## ח. הצהרת המבוטח - שימוש במידע ושמירתו

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי נמסר מרצוני ובהסכמה, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שמספר עלי ידך הקבוצה בקשר אליו, ישמרו במאהרי המידע של חברות מקבוצת כל או מי מטעמה (או של מי שיספק לה מפעם לפעם שירותים מחשב ועובד נתונים) וישמשו בין היתר לניהול, תפעול ומתחן שירותים (לרובות בקשר ללקוחות ולשירותים, לעיבוד מידע, לפילוח שיווקי, ולקיים חבות על פי דין. כן אני מאשר כי קבוצת כל תהיה רשאית להעביר את המידע גם לשוכן הביטוח ולגורמים הפועלים עבור הקבוצה או מטעמה.

הנני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסתרתי נכונים ומדויקים וכי לא העלהתי כל עובדה ופרט בקשר לאירוע.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ שם פרטי ושם משפחה \_\_\_\_\_

במידה וממונה אפוטרופוס (חתימתו):

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ שם פרטי ושם משפחה \_\_\_\_\_

אני מאשר כי חברות מקבוצת כל יהו רשויות לפנות אלינו להצעת מוצרים ושירותים, לרבות בדרך של משלוח חומר שיווקי / או פרטומי, בין בדיור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר / או הטלפון / או הפקסימיליה / או מערכת חיוג אוטומטי / או הודעות אלקטטרוניות / או הודעות מסר קצר.

אני אהיה רשאי להודיע לחברת כל בכל עת כי אין ברצוני לקבל דיור ישיר / או הודעות שיווקיות.

חתימת המבוטח



קוד מס' 196

## טופס ויתור על סודיות רפואי

**חלק א'****אני הח"מ מטה: (במקרה של קטין ירשמו פרטיו)**

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ תעודה זהות \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_  
רחוב \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מס' רחוב \_\_\_\_\_

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי / או מוסד רפואי לרבות קופות החוליםים, רפואי, עובדיין, או מי מטעמן / או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי / או לצבע הגנה לישראל / או למשרד הבטיחון - השתלשות רפואי / או משרד החינוך מדור כ"א וגזרות / או למשטרת ישראל / לת"נ / או לשירותי בתי הסוהר / או למשרד הפנים / או למנהל האוכלוסין לרבות תעוזת בירור פרטיים על נושא - כניסה ויציאות מהארץ / או למשטרת הגבולות / או למשרד העליה / או הקליטה / או לשירות הפסיכיאטגי - חינוכי / או למשרד הבריאות / או למטרת לביטוח לאומי לבירות הנפש / או עיריות לרבות שירותים ומחלקות הרווחה השונים / או לשכת הבריאות / או למטרת לביטוח לאומי לרבות כל הנוגע לתשלומים / או לכל עובד / או מוסד בתחום הסוציאלי / או הסיעודי / או השיקומי / או גמilia / או בתיה אבות וכמו כן בהdagשה גם ל- \_\_\_\_\_ למסור לכל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הבקשים") / או למי מטעם את כל הפרטים המציגים בידי נוטני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצאת מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבם הבריאותי / או הסוציאלי / או הכלכלי / או מצבם בתחום הסיעודי / או השיקומי / או הגנטי / או הנפשי / או לעניין רפואי תעוזת זההות / או רפואי תאריך הלידה / או השגỉ בלימודים / או מצבם הפסיכיאטרי / או הפסיכיאטגי / או כל מחלת שלחטייה בה בעבר / או שאני חולה בה כתול כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות / או קרט מבטחים / או קרט מקפת או עמידות / או קלקר פנסיה אחרת / או קופות גמל למסור חומר / או מידע המתיחס לביטוחים, פוליסות, מדע רפואי לרבות ביחס למחלות האידם, תשלים ולטיפולים מכל סוג / או לתאונות קודמות / או מאוחרות / או מחלות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות החוליםים / או רפואי מרופאים / או משרד הבטיחון / או מכון מור או ביה"ח גהה / או מרפאות לבירות הנפש / או משרד החינוך / או משרד הפנים / או משרד הקליטה / או שירות בתי הסוהר / או כל עובד מעובדיםם / או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כליליים / או פסיכיאטריים / או שיקומיים וכל סניף מסנפי מוסדותיהם או חברות הביטוח / או קרנות הפנסיה מחזות שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבם הבריאותי / או השיקומי / או הסוציאלי / או הסיעודי / או הפסיכיאטרי / או גנטי ומתריר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח עלשמי אצל נוטני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמודד לביטוח לאומי שלים ומשלים לי.

הנני מותר על סודיות זו כלפי המבקשים / או מי מטעם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החוליםים / או למי רפואיים / או עובדיםם / או מי מטעם / או נוטני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסווג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. כתוב ויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני, בא כוח החוקים וכל מי שיבוא במקום.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטויות, התשמ"א - 1981, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המציג במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החוליםים / או רפואיים / או עובדיםם / או מי מטעם / או נוטני השירותים שיפורטו להלן. השימוש במידע יעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.



**חלק ב'**

**শמות נזוני השירותים**

שם קופ"ח \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ מס' חבר \_\_\_\_\_ שם המוסד \_\_\_\_\_  
מס' אישי בצה"ל \_\_\_\_\_ שם קופ"ח קודמת \_\_\_\_\_  
רופאים 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**חתימת המבוטה**

חתימה \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

**עד לחתימה**

חתימה \_\_\_\_\_ עד לחתימה מס' ת"ז / מ.ר. \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

**על עד מהימן לחתום חתימה וחותמת לרבות פרטי המלאים: שם מלא + מ.ר או תעודה זהות.**  
**חתימת עד מהימן הינה: רופא, אחות, עוז, עובד סוציאלי, פסיכולוג, מורה חתימה בבנק, סוכן ביטוח בצייר מספר רשמי.**

**יפוי כת**

הרini מיפה את כוחו של הנציג \_\_\_\_\_ לקבל עבורנו את המידע הרפואי כולל מידע משרד הפנים המפורט לעיל.

חתימה \_\_\_\_\_ שם פרטי ושם משפחה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_



## הנחיות למילוי כרטיס עובד

יש למלא את שני העמודים של הטופס.

### עמוד ראשון:

cottarot	shnunat mos	cottarot
יש להקפיד לציין בחלק העליון של הטופס באיזו שנת מס מודביה  <u>אין למלא סעיף זה.</u>		סעיף א'
יש למלא את כל הפרטים האישיים האישיים.		סעיף ב'
יש למלא רק אם יש לך ילדים שבשנת המס עוד לא מלאו להם 19 שנה.	פרטים על ילדים	סעיף ג'
יש לסמן ב - X את האופציה "קצבה".	פרטים על הכנסות מעביד זה	סעיף ד'
יש לסמן ב - X את האופציה המתאימה.	פרטים על הכנסות אחרות*	סעיף ה'
יש למלא את הפרטים האישיים של בן/בת זוג ואת המידע על הכנסותיו.	פרטים על בן/בת הזוג	סעיף ו'
למלא אם היו שינויים בפרט כלשהו שכינית (לדוגמה, מצב משפחתי, מצב הכנסות נוספת). לגבי כל שינוי חשוב לציין את תאריך השינוי.	שינויים במהלך השנה	סעיף ז'

### עמוד שני:

סעיף ח'	סיבות לפט/or/דיכוי	יעש לסמן ב - X את הסעיפים הרלוונטיים לך. שם לב כי עבור חלק מהנסיבות יש צורך לצרף אישור מיוחד.
סעיף ט'	בקשה לティום מס	רלוונטי רק אם הנר מצרף אישור תיאום מס מפקיד שומה.
סעיף י'	הצהרה	חובה לחתום ול כתוב תאריך.

\* אם יש לך הכנסות נוספות, יוכחה מהפנסיה מס מקסימלי אלא אם כן קיבל תיאום מס.

אם ברצונך לגשת לפקיד שומה לבקש תיאום מס, יש באפשרות שתית אופציית:

1. לקבל את תשלום הקצבה הראשון בגין מס מקסימלי ולגשת למס הכנסה עם התלווש שתתקבל מאיתנו. בתשלום הפנסיה שישולם לך לאחר קבלת האישור, נעדכן את שיעור המס על פי האישור מתחילה התשלומים באותה שנה.
2. לבקש שנשלח לך הפניה למס הכנסה לפני שנבצע את התשלום הראשון  
(במקרה זה התשלום הראשון עשוי להידחות בחודש).



0101/130

דף 1 מתוך 2

## כרטיס נסובד<sup>(1)</sup>

ובקשה להקללה ולתיאום מס על ידי המעבד<sup>(1)</sup>

לפי תקנות מס והכנסה (ニכו מושכורת ומשר ערובה), התשנ"ג - 1993

### שנת המס



טופס זה ימולא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנה מס (א"כ המהלך אישר אחרת). הטופס מהוווה אסמכתא למועדן הקלות במס ועריכת ותיאום מס על-IDI המעבד<sup>(1)</sup> העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להזכיר על-IDI תוך שבועיים.  
ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לכך

#### א. פרטי המעבד (למיilo ע"י המעבד)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
9			

#### ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודה זהות כולל ספה. אם צורף בעבר, יש לצרף צילום רך אם היו שינויים בפרטים)

מין	רחוב/שםנה	מספר	עיר/ישוב	מיקוד	תאריך עליה	שם פרטי	שם המשפחה	מספר זהות (9 ספרות)	תאריך לדידה
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> גירוש/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה (חוובה לצרף אישור פ"ש)	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם הקופה	<input type="checkbox"/> תושב ישראל <input type="checkbox"/> חבר בקופת חולים	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	/	מספר טלפון			כתובת פרטית
<input type="checkbox"/> נסוי <input type="checkbox"/> נשוי/ אה	<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/ אה								
<input type="checkbox"/> מילגה <sup>(1)</sup>									

#### ג. פרטיים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודה זהות)

שם	מספר זהות	תאריך לדידה	שם פרטי	שם המשפחה	תאריך לדידה	שם פרטי	שם המשפחה	מספר זהות	תאריך לדידה
שם/י <input type="checkbox"/> ליד שם הליד: בטטו 1 אם הילד נזכר בחוקת בטטו 2 אם מדובר/ת בגין קצבת ילדים מב"ל									
<input type="checkbox"/> אין מכבלי/ת: (אהה סחבירים מעבר לד')									
<input type="checkbox"/> משוכרת חדש <sup>(2)</sup>									
<input type="checkbox"/> משוכרת לאחר משירה נוספת <sup>(3)</sup>									
<input type="checkbox"/> משוכרת חלקי <sup>(4)</sup>									
<input type="checkbox"/> שכיר עבודה (עובד יומי) <sup>(5)</sup>									
<input type="checkbox"/> קבבה <sup>(6)</sup>									
<input type="checkbox"/> מלגה <sup>(1)</sup>									

#### ה. פרטיים על הכנסות אחרות

<input type="checkbox"/> אין לי הכנסות אחרות לרבות מילגות <sup>(1)</sup>									
<input type="checkbox"/> יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:									
<input type="checkbox"/> משוכרת חדש <sup>(2)</sup>	<input type="checkbox"/> קבבה <sup>(6)</sup>								
<input type="checkbox"/> משוכרת بعد משירה נוספת <sup>(3)</sup>	<input type="checkbox"/> מלגה <sup>(1)</sup>								
<input type="checkbox"/> משוכרת חלקי <sup>(4)</sup>	<input type="checkbox"/> מילגה <sup>(1)</sup>								
<input type="checkbox"/> שכיר עבודה (עובד יומי) <sup>(5)</sup>									
אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/י:									
<input type="checkbox"/> אבקש לקבל נקודות זיכוי ומודרגות מס נגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת <sup>(7)</sup>									
<input type="checkbox"/> אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומודרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן נגד הכנסה זו <sup>(8)</sup>									
<input type="checkbox"/> אין מפרשים עבורי לקרון השתלים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות בגין הכנסתי الأخرى, או שכל הפרשות בגין הכנסתי בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת <sup>(9)</sup>									
<input type="checkbox"/> אין מפרשים עבורי לקיצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעבד לקבעה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת <sup>(10)</sup>									

#### ו. פרטיים על בן/בת הזוג

שם פרטי	שם המשפחה	מספר זהות (9 ספרות)	תאריך לדידה	תאריך לדידה	שם פרטי	שם המשפחה	מספר זהות (9 ספרות)	תאריך לדידה
<input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג כל הכנסה	<input type="checkbox"/> כנסה אחרת	<input type="checkbox"/> İş İş İş İş İş İş İş İş İş						

#### ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשת להקללה בחישוב המס מעבר לד')

תאריך השינוי	פרטי הanio	חותמת העובד/ת	תאריך ההודעה	תאריך לדידה
		/ /		
		/ /		
		/ /		

ח. אני מבקש/ת פטור או זיכוי מס מהסיבות הבאות (סמן/✓ בריבוע המתאים)

- אני תושב/ת בישראל.
- אני נכה 100% / עיוור/ת למוגנות. מצורף אישור משרד הבריאות/אוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94.  
אם לא סמן בפרק ה כי "אן ליל הנשות אחרות לרבות מוגנות" העובד יונה לפקידי השומה לערכית תיואם מס.
- אני תושב/ת קבועה/בישוב מזוכה<sup>(13)</sup> מתאריך \_\_\_\_\_. אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים בישוב \_\_\_\_\_.
- אני  עליה חדש/ תושבת/ת חזר/ת מתאריך \_\_\_\_\_. לא הייתה לי הכנסה בישראל מתחילה שנת המס הנוכחית עד תאריך \_\_\_\_\_. מי שתיקופת זכותו (42 חודשים) אינה כזו בשירות צבאי (תעודת "תושב חוץ" מעלה 6 שנים). עליה חדש/ת - יונת פקידי השומה.
- בגין/בת זוגי המתויר/ת עימי ואני לו/לה הכנסות לשנת המס. רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה גלי רישה או שהואה או עיוור/ת עפ"י סעיף 6(5) לפוקודת.
- אני הורה במשפחה חד הורית<sup>(11)</sup> החי בנפרד. מילא רקס עיי הורה כאמור החי בפרד ומבקש נקדות זיכוי עבור ילדי, הנמצאים בחזותו ובגינן מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לטעיף 7 להלן) ואני מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.
- בגין ילדי שבחזקיי המפורטים בחלק ג. ימולא רקס עיי הורה במשפחה חד הורית שכלל את קצבת הילדים בגינם, או עיי אשה נשואה או עיי הורה היחיד<sup>(12)</sup>.  
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 18 שנים בשנת המס \_\_\_\_\_.  
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם שנה אחרת עד חמש שנים בשנת המס \_\_\_\_\_.  
 בגין ילדי הפעוטים. ימולא רקס עיי הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שלידיה אינם בחזקתה וכן הורה היחיד<sup>(12)</sup>.  
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 3 שנים בשנת המס \_\_\_\_\_.  
 מספר ילדים שנולדו להם שנה אחרת ו/או שנתיים בשנת המס \_\_\_\_\_.  
 אני הורה היחיד<sup>(12)</sup> לילד שבחזקיי (המפורט בסעיף 7 ו-8 לעיל).
- בגין ילדי שאינים בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משנתה/ת בכלכלתם. ימולא עיי הורה החי בנפרד, ואני לנכחות ימי בוגן לדי, אשר המציא פס' ד' המחייב אותו בתשלום מזונות.
- בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא עיי מי שנישאה בשנית. מצורף פסק דין.
- מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.
- אני חייל/ת משוחרר/ת/שרותי שירות לאומי. תאריך תחילת השירות \_\_\_\_\_. מצורף צילום של תעודה שרורה/סימן שירות.
- בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצועי. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמן/✓ בריבוע המתאים)

- לא הייתה לי הכנסה מתחילה שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודהฉה.  
הערות: 1. שי להצעיאו כוונתם של משותת הבלתי בגין שהיה "אל", אישר מחלקה וכי"ב. בהדר הוכחה יש לפנות לפקידי השומה.  
2. דמי לדירה ודמי אבטלה הם הנמה כייבת.
- יש לי הכנסות נספות ממשכורת<sup>(1)</sup> מכופרט להלן:

		ה מ ע ב י ד / מ ל ס ה מ ש כ ר ו ת <sup>(1)</sup>	
הכנסה חדשית (לפי התלוושים)	המס שנוכה	סוג הכנסה (בהתאם/ מלנה/אחר)	מספר תיק ניכויים
		כ ת ו ב ת	ש מ
		9	
		9	
		9	

- פקידי השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסטרטי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשם או מס' תעודת זהות או מס' תעודת זהותם של השניים לא נקבעו בפרטם*האישיים* ובפרטם*דლעיל* תוך שבוע ימים מעתה.

חתימת המבקש/ת \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) עובד" יריד המכבל משכורת. "עובד" אדם המשלים שכורתו. "משכורת" הנקשת בעדרה, קיבבה, מענק ערך מרישא או מוות, מילגה וכי"ב. עובד" לרבות קבלת משכורת. "עובד" ללבת מוגן, פקס או פקסות של אשראי שמקורם שיכון או לוחות.
- (2) שכורת חדש - משכורת بعد עברדה שלא לפחות במשך 18-5 שניות ביום, נושא למשך חוויתם או גונסן שכרה נספהת".
- (3) שכורתם בודק מושה נספהת - משכורתם בודק מושה נספהת". העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתם לקליטה נינה מה משכורתו מבוראי אלא אם כן זו הנסיבות ייחודה שאינה מס' לפי לחם הניכויים.
- (4) משכורת חלקית - משכורתם בודק מושה נספהת". העובד יתיר מ-5 שניות ביום או יותר למשך מ-8 שניות בשבעה.
- (5) שכר עבודה - משכורתם בודק מושה נספהת". העובד יתיר מ-5 שניות ביום או יותר למשך מ-8 שניות בשבעה.
- (6) קצבה - מוקbyteה היא חייה נינה סט לפ' לחם הניכויים. אם שכבתם נספהת - יונקה מס' בשערו מרובי או על-פי תיאום מס' מפקידי השומה. אין לדוח על קצבה טרואה כבתריה לאויקי קבצת אשורים שובליה פכווה.
- (7) אם העובד לא מילא משכנתה זו - המעבד מילא משכנתה מס' לפ' לחם הניכויים ויש לנכון מס' מילוי לפ' לחם תשלימי המעבד.
- (8) אם העובד מילא משכנתה זו - המעבד מילא משכנתה מס' לפ' לחם הניכויים ויש לנכון מס' מילוי לפ' לחם תשלימי המעבד.
- (9) אם העובד לא מילא משכנתה זו - על המעבד לתקן את סכומי ההפרשות לתקון השולמות למשך תקופה מסוימת מס' מפקידי השומה.
- (10) אם העובד לא מילא משכנתה זו - על המעבד לתקן את סכומי ההפרשות לתקון השולמות למשך תקופה מסוימת מס' מפקידי השומה.
- (11) הוהה חייד - הוהה בנסיבות הדור וויה היה לו לפחות שבעת מס' מילוי לפ' לחם תשלימי המעבד.
- (12) הוהה חייד - הוהה בנסיבות הדור וויה היה לו לפחות שבעת מס' מילוי לפ' לחם תשלימי המעבד.
- (13) שבח מילוי - שבח של עלי סעיף 11 לפקודה או עשר 11 לחוק שא"ל, לפ' העניין.



## הלייר בירור וישוב תביעה

### מבוטח יקר

כל חברת לביטוח בע"מ ("החברה") מעמידה לרשות ציבור ל��וחותיה מערכת לבירור ולישוב תביעות העוסק בין היתר בתביעות אובדן כשר עבודה בpolloיסות ביטוח חיים ופועלת על פי מערכת כללים הרצ"ב **כנספח ג'**, אשר החברה מצאה לשם כך.

מבוטח המעניין להגיש תביעה למימוש זכויותיו לפי תנאי פוליסת ביטוח, מתבקש לפעול על פי הנקודות המופיעות להלן במסמך זה.

לאחר קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים מה מבוטח, תבחן החברה את זכאות המבוטח לתגמול**י** ביטוח בהתאם לתנאי הכספי הביטוחי.

لتשומת הלב, החברה רשאית, על פי שיקול דעתה הבלעדי, לבקש להעמיד את המבוטח לבדיקת רופא חברה לצורך בירור התביעה.

תוצאת בירור התביעה תהיה אחת מארבע החלטות הבאות: תשלום מלא התביעה, תשלום חלקו של התביעה, תשלום במסגרת פשרה, או דחיה של התביעה. הودעה רלוונטיית תימסר למבוטח בהתאם למקרה ועל פי הפירוט הקבוע במערכת הכללים (נספח ג').

בהתאם להוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981<sup>1</sup>, תקופת הת意義נות הרלוונטית של תביעה לתגמול**י** ביטוח אובדן כשר עבודה היא 3 שנים מיום שקרה מקרה הביטוח. לשימוש לבך, במקרה שבו עלית התביעה הינה נוכח שנגמרה למבוטח ממחלה או מתאוננה, תימנה תקופת הת意義נות מיום שῆמה למבוטח זכות לתבעו תגמול**י** ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח. (הוראה ספציפית זו תחול על עלית תביעה שהיא נוכח שנגמרה ממחלת או מתאוננה שטרם הת意義נה לפי הדין שחל עליה ביום 14.3.23).

תנאי הכספי הביטוחי עומדים לרשותך גם באתר האינטרנט של החברה. נבהיר כי אין במשלוך דרישת חברת הביטוח כדי לעזoor את מרוץ הת意義נות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עצרת את מרוץ הת意義נות.

### הנקודות אופן הפעולה הנדרש מהתובע

על מנת להגיש תביעה למימוש זכויות על פי הכספי הביטוח, על המבוטח למלא טופס תביעה בנוסח הרצ"ב **כנספח ב'**, ביצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב **כנספח א'**. במקרה בו התובע אינו בעל שירותי משפטי לחותם על מסמכים, נדרש להעבירים חתוםים על ידי האפוטרופוס בהתאם לקבוע בדיון, ביצירוף האישורים המתאים.

<sup>1</sup> ציין כי בחוק הת意義נות, תש"ח-1958 - קביעות הוראות נוספות העשויה להשפיע על תקופת הת意義נות, למשל לעניין קטין.



## נספח ג' - מערכת הכללים לتبיעות אובדן כושר עבודה בפוליסות ביטוח חיים

החברה אמיצה מערכת כללים ליישוב תביעות אובדן כושר עבודה בפוליסות ביטוח חיים, אשר אלה עיקריה:

### מסמכים ומידע בבירור התביעה

החברה תאפשר לתובע בעת הגשת התביעה לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה, בהתאם לחלופות הקיימות בחברה ואשר כוללות דאור ולכל הפחות באחד מהאמצעים הבאים: מסרון, דאור אלקטרוני או אתר אינטרנטן. החברה תמסור לתובע, בתוך 2 ימי עסקים ממועד קבלת פניוינו, ערכת מסמכים הכללת, בין היתר, הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע לצורכ בירור ויישוב התביעה ופירוט המסמכים והמידע של התובע להמצאים לצורכ בירור התביעה. כמו כן תשלח החברה לפונה, סמוך למועד פניוינו, את פירוט הפוליסות הנוספות שבהן הוא מבוטח אצל ותציג בפניו את האפשרות להגשת התביעה בפוליסות הנוספות.

בנוסף, לצורך איתור פוליסות נוספות, ככל שקיים, החברה תפנה את המבוטח לאתר האינטרנט המרכזי של משרד האוצר לאיתור מוצר הביטוח "הר הביטוח", לרבות משלוח קישור באמצעות מסרון. לאחר שיתקבל אצל החברה מידע או מסמך בקשר ל התביעה, נציג שירות מטעם החברה ייצור קשר עם התובע וימסור לו את המסמכים הנדרשים התקבלו במלואם או באופן חלקית וכן אם הם תקינים. בנוסף, תשלח הודעה בכתב על קבלת מסמכים ועל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע אך טרם נתקבלו אצל החברה.

### מידע שעל בסיסו תישוב התביעה

החברה תישב התביעה על בסיס המידע המעודכן או הרלבנטי ביותר שיש ברשותה. החברה תפעל להשגת מידע רלבנטי ליישוב התביעה אם מהנתונים שברשותה עולה כי קיים מידע נוסף שנדרש לצורכי ישוב התביעה. במידה הצורך, תפנה החברה לתובע, בבקשתה להשלמת מידע בעת הליך בירור התביעה ויישובה. מועד קורת מקרה הביטוח ייקבע בהתאם לכל המידע הרלבנטי והמסמכים המצוים בידי החברה. מועד קורת מקרה הביטוח לא יקבע כמועד הגשת התביעה אם בהתאם למסמכים שמצוים אצל החברה, אי-יער המקרה הביטוחי קודם למועד זה.

### הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

החברה תעשה כל מאמץ ליישב את התביעה בהקדם האפשרי מהמועד בו התקבלו אצל כל המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע. בכל מקרה בתוך 20 ימי עסקים ממועד זה, החברה תמסור לתובע הכרעה בתביעה או דרישת להתייצבות לבדיקה רפואי בפני רופאי החברה. בהתאם להכרעה בתביעה, תשלח לתובע הודעה מתאימה אשר תכלול את כל הפרטים הרלוונטיים הנדרשים על פי החזוז, בהתאם להכרעה בתביעה. הוודעת תשלום חלקית בנסיבות לפירוט מרכיביו של התשלום, בין היתר, פירוט בדבר אופן החישוב שבוצע. ככל שה התביעה תאושר לתקופה עתידית, ההודעה תכלול בנוסף, גם את מועד התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות ואת הכללים לבדיקה המחוdstת של הזכאות. הוודעת תשלום חלקית בנסיבות לפירוט מרכיביו של התשלום, גם פירוט הנימוקים העומדים בסיס ההחלטה לדוחות חלק מהתביעה. הוודעת פשרה תכלול, בין השאר, את הנימוקים שביסוד הפשרה ואת הסכם שנקבע בפשרה.



כל שתידחה התביעה, הודיעת דחיה תכול, בין היתר, את נימוקי הדחיה לרבות התנאי, התניה או הסיג המהווים בסיס לדחית התביעה ופירוט בדבר העובדות שנלקחו בחשבון במסגרת ההחלטה לדחית התביעה.

כל שההחלטה לדחית התביעה התבססה על מסמכים כלשהם, תציין החברה את רשימת המסמכים עליהם היא מatabsetת ולפי העניין תצרכ' חוו"ד רופא חברה כל שנייתה ו/או מסמךאמת חקירה כמפורט מטה. הודיעת דחיה תכול התייחסות לחוות דעת רופא מומחה שהוגשה מטעם התובע, ככל שהוגשה וככל שהוא רלוונטי לנימוק הדחיה, תוך מתן הסבר מפורט מדוע הוחלט שלא קיבל את האמור בה.

החלטה בתביעה המסתמכת בין היתר על דוח חקירה, תכול פירוט של עיקרי הממצאים מדויק החקירה ותציין את מועד ביצוע הבדיקה ומיקומה וכן תצהר תמונה מדויק החקירה ממנה ניתן יהיה לאמת את זהות המבוצח.

כל שהתובע זנוח את תביעתו לאחר תקופה, יפסיק הטיפול בתביעה והתובע יהיה רשאי, בכפוף לתקופת ההתיישנות לפניות חדש להמשך טיפול בה.

חלק המבוצח על חוות הדעת הרפואית עליה התבוססה החברה, יהיה רשאי להגיש ערעור לוועדה הרפואית בתוך 90 ימי עסקים ממועד הכרעת החברה בתביעה.

חלק המבוצח על קביעת הוועדה הרפואית, יהיה רשאי להגיש ערעור על קביעתה לוועדה הרפואית לעערורים בתוך 90 ימי עסקים ממועד הודיעת החברה על החלטת הוועדה הרפואית.

חלקה חברת הביטוח על קביעת הוועדה הרפואית, תהיה רשאית להגיש ערעור על קביעתה לוועדה הרפואית לעערורים, בתוך 5 ימי עסקים ממועד ההחלטה הוועדה הרפואית.

### **היענות לפניות מבוטח או תובע**

בקשה של תובע לקבל העתק מהרפואייה תיוענה בתוך 3 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה אצל החברה.

בקשה של תובע לקבל העתק ממסמך אשר התובע מסר לחברה או כל מסמך שהתקבל אצל החברה מכוח הסכמת המבוצח, תיוענה בתוך 7 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה בחברה.

למען הסר ספק יובהר כי האמור לעיל מהו רק את העקרונות על פיהם תנוג החבורה וכי החבורה מחויבת לעמוד בכל הדרישות הקבועות בחוזר 22-1-2020 יישוב תביעות אובדן כשר עבודה או חוזר אחר אשר יבוא במקומו. בכל סטירה בין האמור לעיל לבין האמור בחוזר כאמור, יגבר האמור בחוזר.

הנוסח המלא של חוזר יישוב תביעות אובדן כשר עבודה מצוי באתר האינטרנט של רשות שוק ההון ביטוח וחסコン במשרד האוצר בכתבות: <https://mof.gov.il/hon>

