

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

### מבוטח יקר,

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה למימוש זכויות, על פי הכיסוי לאובדן כושר עבודה לפי תנאי הסכם התקשרות עם המעסיק לפי תנאי הפוליסה.

### מטעמי נוחות הערכה מנוסחת בלשון זכר.

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

את טופס התביעה והמסמכים הנדרשים אנא שלח אלינו אל:  
כלל חברה לביטוח בע"מ, רח' ראול ולנברג 36 תל-אביב 6100701 או לפקס שמספרו 077-6383394,  
או למייל שכתובתו [tvilife@clal-ins.co.il](mailto:tvilife@clal-ins.co.il)

לידיעתך, בחברתנו מופעל שירות הודעות SMS המעדכן על סטטוס תביעה. אנא ציין את מספר הטלפון הסלולרי שלך בטופס התביעה לצורך התקשרות ועדכון רציף בסטטוס התביעה.

כלל ביטוח מאפשרת לך לנהל את תביעתך בכל זמן ומכל מקום באמצעות שירות "תביעות און-ליין" שבאתר החברה בכתובת [www.clal.co.il](http://www.clal.co.il).

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

לתשומת ליבך, ככל והינך אזרח ותיק, באפשרותך להגיש תביעה בעל פה אל מול נציג המוקד.

כמו כן, נבקשך למלא את כתובת הדואר האלקטרוני בטופס התביעה לצורך התקשרות.  
מתן כתובת המייל עשוי לייעל את הטיפול בעניינך.

### שים לב!

מובהר כי קבלת טופס התביעה אצל המבטח אינו מהווה הסכמה ו/או התחייבות ו/או אישור של המבטח.

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

בברכה,

מחלקת תביעות ביטוח חיים

מערך התביעות

כלל חברה לביטוח בע"מ



## נספח א' - הנחיות לעניין אופן מילוי טופס הגשת תביעה בגין כיסוי אובדן כושר עבודה ורשימת המסמכים הנדרשים מהתובע/ת במסגרת הטיפול בתביעה

על מנת לבדוק את זכאותך, ולצורך טיפול בתביעתך, נבקשך למלא את טופס התביעה, כולל נספחים, באופן מפורט, הכולל, בין היתר, את הפרטים הבאים:

1. פרטים אישיים של המבוטח/ת ובחירת אופן משלוח מסמכים והודעות בקשר לתביעה.
2. פרטי חשבון בנק, בצירוף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון, לצורך ביצוע העברה בנקאית במידה והתביעה תאושר.
3. פרטי התביעה ופרטים על אובדן כושר העבודה - נבקשך למסור מידע מפורט על סיבת אובדן כושר העבודה, המועד, וכן פרטים בגין מצבך התעסוקתי והרפואי.
4. פרטים נוספים על המבוטח/ת - נבקשך למסור מידע בנוגע לעיסוק, השכלה והכשרה מקצועית.
5. הצהרה על נכונות המידע שנמסר ומתן 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 ולחתום על הטופס. חתימת המבוטח/ת תאומת על ידי מאמת חתימה.
7. טופס 101 (כרטיס עובד) - כולל הנחיות למילוי בגוף המסמך.

### לצורך טיפול בתביעה, הנך נדרש/ת לצרף את המסמכים ברשימה להלן:

1. טופס תביעה לקבלת תגמולי ביטוח.
2. אישורים רפואיים הנמצאים ברשותך, המעידים על מצבך הרפואי.
3. טופס ויתור על סודיות רפואית.
4. ככל שפנית בתביעה אל המוסד לביטוח לאומי, בקשר לתאונת עבודה, נכות כללית, חופשת לידה ושמירת הריון - יש לשלוח את העתק החלטת המוסד לביטוח לאומי, ככל שיש החלטה.
5. למבוטח/ת שכיר/ה - יש לשלוח 12 תלושי שכר אחרונים, לפני קרות מקרה הביטוח וכן אסמכתא על תקופת ההיעדרות מהעבודה. ככל שחזרת לעבוד באופן מלא או חלקי, יש לשלוח תלושי שכר מיום החזרה למעגל העבודה.
6. למבוטח/ת עצמאית - יש לשלוח אישור רואה חשבון על הכנסה שנתית החייבת במס או דו"ח שומה לשנה שקדמה למקרה הביטוח, וכן אישור רואה חשבון על הכנסות המבוטח/ת לאחר מקרה הביטוח, ככל שקיימות הכנסות, כאמור.
7. למבוטח/ת המקבלת/ו או הזכאית/לקצבה מגורמים אחרים (כגון חברת ביטוח, קרן פנסיה או ביטוח לאומי) - יש לשלוח אישור על גובה הקצבה והתקופה שאושרה ככל שאושרה.
8. טופס 101.
9. העתק המחאה או אישור ניהול חשבון.
10. צילום תעודת זהות קריא וברור, כולל ספח פתוח.

### מה יקרה בהמשך:

עם קבלת מסמכי התביעה, יישלח מכתב המפרט את המסמכים שהתקבלו. במקרים בהם יהיה צורך במידע ו/או מסמכים נוספים ו/או הבהרות, נבקש מידע נוסף בהתאם, וכמו כן, ייצור עמך קשר נציג שירות מטעמנו. במקרים מסוימים, תיידרש/י להיבדק על ידי רופא חברה. במקרים אלו, תשלח הודעה בכתב והבדיקה תתואם עמך מראש על ידינו או על ידי מי מטעמנו. לאחר קבלת מלוא המסמכים הנדרשים ותוצאות בדיקת רופא חברה, ככל שבוצעה, נודיעך על הכרעתנו בתביעה.



### להלן לוחות זמנים לטיפול בתביעות אובדן כושר עבודה

נושא	סעיף בחוזר	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר
תביעה לקבלת תגמולי ביטוח אובדן כושר עבודה	7(א)	מסירת המסמכים הנדרשים בקשר להגשת התביעה	עד 2 ימי עסקים אחד מהמועד שבו התקבלה הפנייה
	7(ו)	עדכון המבוטח בשיחה טלפונית על קבלת המסמכים ובקשת מידע נוסף לפי הצורך	עד 3 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים
	8(א)	פנייה לכל הגורמים הרלוונטיים לקביעת יכולתו התפקודית והתעסוקתית של המבוטח (לרבות חקירה ואיסוף תיק רפואי)	עד 3 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים
	8(ח)	הודעה בדבר תוצאות מהלך בירור התביעה	עד 20 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים
	9(א)	פנייה טלפונית למבוטח לצורך קביעת מועד להתייצבות לבדיקה בפני רופא החברה	עד 3 ימי עסקים ממועד ההודעה של החברה על הצורך בהתייצבות לבדיקה רפואית
	9(ב)	מועד התייצבות לבדיקה בפני רופא החברה	עד 10 ימי עסקים ממועד הפניה הטלפונית למבוטח
	9(ה)	מסירת ההכרעה בתביעה לאחר בדיקה רפואית	עד 3 ימי עסקים ממועד התייצבות או 7 ימים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת רופא החברה
ועדה רפואית	10(א)	הגשת ערעור	עד 90 ימים ממועד הכרעת החברה בתביעה
	10(ג)	הודעה למבוטח על מועד התכנסות הוועדה הרפואית	עד 3 ימים ממועד קבלת הערעור
	10(ד)	התכנסות הוועדה הרפואית	עד 21 ימים ממועד קבלת הערעור
	10(ז)	הודעה למבוטח על החלטת הוועדה הרפואית	עד 5 ימים ממועד ההתכנסות או 7 ימים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה הרפואית
ועדה רפואית לערעורים	11(א)	הגשת ערעור ע"י המבוטח	עד 90 ימים ממועד הודעת החברה על החלטת הוועדה הרפואית
	11(ב)	הגשת ערעור ע"י החברה	עד 5 ימים ממועד החלטת הוועדה הרפואית
	11(ד)	הודעה למבוטח על מועד התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים	עד 3 ימים ממועד קבלת הערעור
	11(ה)	התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים	עד 21 ימים ממועד קבלת הערעור
	11(ח)	הודעה למבוטח על החלטת הוועדה הרפואית לערעורים	עד 5 ימים ממועד ההתכנסות או 7 ימים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה הרפואית לערעורים



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

### א. פרטי התובע/מבוטח

מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
	ז / נ			

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

טלפון	טלפון נייד

**אופן קבלת הודעות ומסמכים – יש לבחור מטה את דרך יצירת הקשר עמך:**

מספר טלפון נייד \_\_\_\_\_ אני מסכים כי המסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו במסרון לנייד שלי, במקום באמצעות הדואר.

דוא"ל (לצורך קבלת מסמכים בדוא"ל יש לציין גם מספר טלפון נייד) \_\_\_\_\_ אני מסכים כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו לדואר אלקטרוני שלי\* ו/או באמצעות אתר האינטרנט של החברה, במקום באמצעות הדואר.

\* במידה ולא מילאתי את כתובת הדואר האלקטרוני יישלחו המסמכים לכתובת דואר אלקטרוני קודמת שמסרתי לחברה, ככל שמסרתי.

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

אני מבקש כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו אליי בדואר ישראל בלבד.

אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה לפרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין) בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל באמצעות:

אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד)  דואר רגיל

**לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה. ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסויים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון \*5454**

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

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	קרבה למבוטח
כתובת מגורים	רחוב	מס' ת"ד	ישוב
			מיקוד
מספר טלפון נייד	מספר טלפון		
דוא"ל	_____ @ _____		אני מסכים כי מסמכים והודעות בנושאי תביעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי וזאת במקום באמצעות הדואר. <b>חתימה:</b> _____
תאריך	_____		חתימת המבוטח המאשר מינוי איש קשר _____

### ג. פרטים נוספים

מספרי הפוליסה/ות לביטוח חיים

מקום העבודה	עיסוק בפועל (לפני קרות האירוע)	מקצוע	מעמד (מחק את המיותר)
			שכיר/עצמאי



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

במידה והתביעה תאושר, התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית. נא למלא את הפרטים ולצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.

הריני להצהיר כי להלן פרטי הבנק שלי לצורך העברה בנקאית בגין תשלום התביעה הנידונה:

שם בעל החשבון		מספר זהות		כתובת למשלוח הודעת זיכוי
שם בנק	מס' בנק	שם סניף	מס' סניף	מספר חשבון

\*ידוע לי שאין במסירת פרטי חשבון הבנק כמפורט לעיל משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי. לידיעתך, חברתנו משלמת תגמולי ביטוח באמצעות העברה בנקאית לחשבון המבוטח. ככל שתבחר לא להעביר אלינו את הפרטים הנדרשים לצורך תשלום בהעברה בנקאית, אנו נשלם את תגמולי הביטוח באמצעות משלוח המחאה לפקודתך לכתובת המצוינת בערכת תביעה זו. שים לב! חשוב למלא את כל השדות בסעיף זה גם לצורך זיהוי בעת פנייתך למוקדי התביעות.

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

## ה. פרטי התביעה

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

שנה	חודש	יום

## ו. פרטים על אובדן כושר עבודה

1. סיבת אובדן כושר עבודה (סמן):

- מחלה
- מחלת מקצוע
- תאונת עבודה
- תאונת דרכים - עבודה
- תאונת דרכים
- פעולת איבה או מלחמה
- שמירת הריון

2. מתי קרתה התאונה או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה? אנא תאר את פרטי הארוע

---



---



---

3. האם אתה עדיין מטופל במרכז רפואי כלשהו? כן  לא

אם כן פרט את שם המרכז הרפואי: \_\_\_\_\_

4. עד מתי עבדת לאחרונה?

---

5. באיזה עיסוק?



6. מה שמו של המעסיק האחרון אצלו הועסקת?

7. האם אתה מרותק למיטה או לביתך על פי הוראות הרופא? אם כן-עד מתי?

8. האם סבלת מבעיות רפואיות קודם לתאונה/מחלה? אלו בעיות רפואיות? מתי סבלת מאותן בעיות רפואיות?

9. האם חזרת לעיסוקך או לעיסוק אחר? כן \_\_\_ לא \_\_\_  
אם כן, פרט מהו העיסוק: \_\_\_\_\_  
שם מקום 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 שיעור 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 ההכנסה מכל מין שיש לך:

12. האם יש לך ביטוחים אחרים לרבות קרנות פנסיה, המכסים נכות ו/או אובדן כושר עבודה? נא מסור פרטים שם חברה, מספר פוליסה, סוג הפוליסה, סכומי ביטוח או פיצוי, תקופת הביטוח ועוד.

13. האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי בעקבות התאונה/המחלה? כן \_\_\_ לא \_\_\_  
אם כן- פרט:

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

15. במקרה של תאונת דרכים: האם הגשת תביעה לחברת הביטוח עקב התאונה? 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. פרטים נוספים על המבוטח

1. מהי השכלתך / הכשרתך המקצועית?

2. פרט מה היו עיסוקיך ב-5 שנים האחרונות, כלהלן:

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

## ח. הצהרת המבוטח - שימוש במידע ושמירתו

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שיגיע לידי הקבוצה בקשר אליי, יישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שיספק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים) וישמשו בין היתר לניהול, תפעול ומתן שירותים (לרבות בקווי תקשורת) בקשר למוצרים ולשירותים, לעיבוד מידע, לפילוח שיווקי, ולקיום חובות על פי דין. כן אני מאשר כי קבוצת כלל תהיה רשאית להעביר את המידע גם לסוכן הביטוח ולגורמים הפועלים עבור הקבוצה או מטעמה.

**הנני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לאירוע.**

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

במידה וממונה אפוטרופוס (חתימתו):

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

אני מאשר כי חברות מקבוצת כלל יהיו רשאיות לפנות אלינו להצעת מוצרים ושירותים, לרבות בדרך של משלוח חומר שיווקי ו/או פרסומי, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע לחברת כלל בכל עת כי אין ברצוני לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

חתימת המבוטח \_\_\_\_\_



## טופס ויתור על סודיות רפואית

### חלק א'

אני הח"מ מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_  
 רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ 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 הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון - השתלשלות פרופיל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או למשטרת ישראל / לת"ן ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין לרבות תעודת בירור פרטים על נוסע - כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשטרת הגבולות ו/או למשרד העליה ו/או הקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי - חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור – מ.א.ר. ו/או בי"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או עיריות לרבות שירותי ומחלקות הרווחה השונים ו/או לשכת הבריאות ו/או למוסד לביטוח לאומי לרבות כל הנוגע לתשלומים ו/או לכל עובד ו/או מוסד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או גמילה ו/או בתי אבות וכמו כן בהדגשה גם ל- \_\_\_\_\_ למסור **לכלל חברה לביטוח בע"מ** (להלן: "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הכלכלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או הגנטי ו/או הנפשי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או השגי בלימודים ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות ו/או קרן מבטחים ו/או קרן מקפת ו/או עמיתים ו/או כל קרן פנסיה אחרת ו/או קופות גמל למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים, פוליסות, מידע רפואי לרבות ביחס למחלת האיידס, תשלומים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות ו/או מחלות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכון מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או משרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הקליטה ו/או שירות בתי הסוהר ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם ו/או חברות הביטוח ו/או קרנות הפנסיה מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הפסיכיאטרי ו/או גנטי 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 ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. כתב ויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני, באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

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. השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.





## חלק ב'

### שמות נותני השירותים

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

### חתימת המבוטח

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

### עד לחתימה

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

**על עד מהימן לחתום חתימה וחותרמת לרבות פרטיו המלאים: שם מלא + מ.ר. או תעודת זהות**  
**חתימת עד מהימן הינו: סוכן ביטוח בצירוף מספר רישיון, רופא, אחות, עו"ד, עובד סוציאלי, פסיכולוג, מורשה**  
**חתימה בבנק**

### יפויי כח

הריני מייפה את כוחו של הנציג \_\_\_\_\_ לקבל עבורנו את המידע הרפואי כולל מידע ממשרד הפנים המפורט לעיל.

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



## הנחיות למילוי כרטיס עובד

יש למלא את שני העמודים של הטופס.

### עמוד ראשון:

יש להקפיד לציין בחלק העליון של הטופס באיזו שנת מס מדובר.	שנת מס	כותרת
אין למלא סעיף זה.	פרטי מעביד	סעיף א'
יש למלא את כל הפרטים האישיים.	פרטי העובד	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 ממעביד 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 שציינת (לדוגמה, מצב משפחתי, מצב הכנסות נוספות). לגבי כל שינוי חשוב לציין את תאריך השינוי.	שינויים במהלך השנה	סעיף ז'

### עמוד שני:

יש לסמן ב - X את הסעיפים הרלוונטיים לך. שים לב כי עבור חלק מהסיבות יש צורך לצרף אישור מיוחד.	סיבות לפטור/דיכוי	סעיף ח'
רלוונטי רק אם הנך מצרף אישור תיאום מס מפקיד שומה.	בקשה לתיאום מס	סעיף ט'
חובה לחתום ולכתוב תאריך.	הצהרה	סעיף י'

\*אם יש לך הכנסות נוספות, ינוכה מהפנסיה מס מקסימלי אלא אם כן נקבל תיאום מס.

אם ברצונך לגשת לפקיד שומה לבקש תיאום מס, יש באפשרותך שתי אופציות:

- לקבל את תשלום הקצבה הראשון בניכוי מס מקסימלי ולגשת למס הכנסה עם התלוש שתקבל מאיתנו. בתשלום הפנסיה שישולם לך לאחר קבלת האישור, נעדכן את שיעור המס על פי האישור מתחילת התשלומים באותה שנה.
- לבקש שנשלח לך הפנייה למס הכנסה לפני שנבצע את התשלום הראשון (במקרה זה התשלום הראשון עשוי להידחות בחודש).





# כרטיס עובד<sup>(1)</sup>

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד<sup>(1)</sup>

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס

טופס זה ימלא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (אא"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת<sup>(1)</sup> העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים. (ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף)

## א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
			9

## ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך עליה	תאריך לידה
כתובת פרטית				
מספר טלפון /				
מין	רוחב/שכונה	מספר	עיר/ישוב	מיקוד
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> גרוש/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה	<input type="checkbox"/> פרוד/ה	<input type="checkbox"/> רווק/ה	<input type="checkbox"/> נשוי/אה
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, שם הקופה	<input type="checkbox"/> לא

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

סמן/י ✓ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל		תאריך לידה	מספר זהות	שם	1	2
<input type="checkbox"/> אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)	<input type="checkbox"/> משכורת חודש <sup>(2)</sup>	תאריך תחילה העבודה <sup>(1)</sup>	בשנת המס			
<input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת <sup>(3)</sup>	<input type="checkbox"/> משכורת חלקית <sup>(4)</sup>					
<input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) <sup>(5)</sup>	<input type="checkbox"/> קצבה <sup>(6)</sup>					
<input type="checkbox"/> מלגה <sup>(1)</sup>						

**ה. פרטים על הכנסות אחרות**

- אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות<sup>(1)</sup>
- יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:
  - משכורת חודש<sup>(2)</sup>
  - משכורת בעד משרה נוספת<sup>(3)</sup>
  - משכורת חלקית<sup>(4)</sup>
  - שכר עבודה (עובד יומי)<sup>(5)</sup>
  - קצבה<sup>(6)</sup>
  - מלגה<sup>(1)</sup>
  - ממקור אחר
- אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/י:
- אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת<sup>(7)</sup>
- אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו<sup>(8)</sup>
- אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת<sup>(9)</sup>
- אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת<sup>(10)</sup>

## ו. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך עליה	תאריך לידה
<input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה   <input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/קצבה/עסק   <input type="checkbox"/> הכנסה אחרת				

## ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

תאריך השינוי	פרטים	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	

ע"ג החטיבה לארגון מערכות מידע (מערבון ל - 11.20.14)



**ח. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמך/י ✓ בריבוע המתאים)**

1 אני תושב/ת ישראל.

2 אני נכה 100% / עיוורת/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בפרק ה כי "אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.

3 אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מזכה (13) מתאריך \_\_\_\_\_ . אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים בישוב \_\_\_\_\_ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.

4 אני  עולה חדש/ה  תושב/ת חוזר/ת מתאריך \_\_\_\_\_ .  
לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך \_\_\_\_\_ .  
מי שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תכנויים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה.  
**חובה לצרף: תושב/ת חוזר/ת** - אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים). **עולה חדש/ה** - תעודת עולה.

5 בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס.  
רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוורת/ת עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.

6 אני הורה במשפחה חד הורית (11) החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגנים מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.

7 בגין ילדי שבחזקתי המפורטים בחלק ג.  
ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד (12).  
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 18 שנים בשנת המס  
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד חמש שנים בשנת המס  
 מספר ילדים אחרים שטרם מלאו להם 19 שנים

8 בגין ילדי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד (12).  
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 3 שנים בשנת המס  
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת ו/או שנתיים בשנת המס

9 אני הורה יחיד (12) לילדי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).

10 בגין ילדי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.  
ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.

11 בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.

12 מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.

13 אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות \_\_\_\_\_ תאריך סיום השירות \_\_\_\_\_ . מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.

14 בגין סיוע לימודים לתואר אקדמי, סיוע התמחות או סיוע לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

**ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמך/י ✓ בריבוע המתאים)**

1 לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה.  
הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה.  
2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.

2 יש לי הכנסות נוספות ממשכורת (1) כמפורט להלן:

ה מ ע ב י ד / מ ש ל ס ה מ ש כ ו ר ת (1)			
ש	כ	ת	ו
ש	מ	ס	פ
			9
			9
			9

3 פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

**י. הצהרה**

**אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרת/ת בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשטמה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.**

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

**דברי הסבר למילוי טופס 101**

- "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב. "עבודה" לרבות קבלת משכורת. "מלגה" לרבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- משכורת חודש
- משכורת בעד משרה נוספת - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש. משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".
- משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ- 5 שעות ליום אך פחות מ- 8 שעות בשבוע. ממשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מידי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של פחות מ- 18 יום בחודש אך לא פחות מ- 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- קצבה - מקצבה שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה. אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- אם העובד מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
- הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבעשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- ישוב מזכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק א"ס"ת, לפי העניין.



## הליך בירור וישוב תביעה

### מבוטח יקר

כלל חברה לביטוח בע"מ ("החברה") מעמידה לרשות ציבור לקוחותיה מערך לבירור וליישוב תביעות העוסק בין היתר בתביעות אובדן כושר עבודה בפוליסות ביטוח חיים ופועלת על פי מערכת כללים הרצ"ב כנספח ג', אשר החברה אימצה לשם כך. מבוטח המעוניין להגיש תביעה למימוש זכויותיו לפי תנאי פוליסת ביטוח, מתבקש לפעול על פי ההנחיות המופיעות להלן במסמך זה.

לאחר קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים מהמבוטח, תבחן החברה את זכאות המבוטח לתגמולי ביטוח בהתאם לתנאי הכיסוי הביטוחי.

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

תוצאת בירור התביעה תהיה אחת מארבע החלופות הבאות: תשלום מלוא התביעה, תשלום חלקי של התביעה, תשלום במסגרת פשרה, או דחייה של התביעה. הודעה רלוונטית תימסר למבוטח בהתאם למקרה ועל פי הפירוט הקבוע במערכת הכללים (נספח ג').

**בהתאם להוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981, תקופת ההתיישנות הרלוונטית של תביעה לתגמולי ביטוח אובדן כושר עבודה היא 3 שנים מיום שקרה מקרה הביטוח. לתשומת לבך, במקרה שבו עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח. (הוראה ספציפית זו תחול על עילת תביעה שהיא נכות שנגרמה ממחלה או מתאונה שטרם התיישנה לפי הדין שחל עליה ביום 23.3.14).**

תנאי הכיסוי הביטוחי עומדים לרשותך גם באתר האינטרנט של החברה. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לחברת הביטוח כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

### הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע

על מנת להגיש תביעה למימוש זכויות על פי הכיסוי הביטוחי, על המבוטח למלא טופס תביעה בנוסח הרצ"ב כנספח ב', בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב כנספח א'. במקרה בו התובע אינו בעל כשרות משפטית לחתום על מסמכים, נדרש להעבירם חתומים על ידי האפוטרופוס בהתאם לקבוע בדין, בצירוף האישורים המתאימים.

1 יצוין כי בחוק ההתיישנות, תשי"ח-1958 - קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות, למשל לעניין קטין.



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

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

### מסמכים ומידע בבירור התביעה

החברה תאפשר לתובע בעת הגשת תביעה לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה, בהתאם לחלופות הקיימות בחברה ואשר כוללות דואר ולכל הפחות באחד מהאמצעים הבאים: מסרון, דואר אלקטרוני או אתר אינטרנט. החברה תמסור לתובע, בתוך 2 ימי עסקים ממועד קבלת פנייתו, ערכת מסמכים הכוללת, בין היתר, הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע לצורך בירור ויישוב התביעה ופירוט המסמכים והמידע שעל התובע להמציאם לצורך בירור התביעה. כמו כן תשלח החברה לפונה, סמוך למועד פנייתו, את פירוט הפוליסות הנוספות שבהן הוא מבוטח אצלה ותציין בפניו את האפשרות להגשת תביעה בפוליסות הנוספות. בנוסף, לצורך איתור פוליסות נוספות, ככל שקיימות, החברה תפנה את המבוטח לאתר האינטרנט המרכזי של משרד האוצר לאיתור מוצרי הביטוח "הר הביטוח", לרבות משלוח קישור באמצעות מסרון. לאחר שיתקבל אצל החברה מידע או מסמך בקשר לתביעה, נציג שירות מטעם החברה יצור קשר עם התובע וימסור לו אם המסמכים הנדרשים התקבלו במלואם או באופן חלקי וכן אם הם תקינים. בנוסף, תשלח הודעה בכתב על קבלת מסמכים ועל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע אך טרם נתקבלו אצל החברה.

### מידע שעל בסיסו תיושב תביעה

החברה תיישב תביעה 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 לצורך יישוב התביעה. במידת הצורך, תפנה החברה לתובע, בבקשה להשלמת מידע בעת הליך בירור תביעה ויישובה. מועד קרות מקרה הביטוח ייקבע בהתאם לכלל המידע הרלבנטי והמסמכים המצויים בידי החברה. מועד קרות מקרה הביטוח לא ייקבע כמועד הגשת התביעה אם בהתאם למסמכים שמצויים אצל החברה, אירע המקרה הביטוחי קודם למועד זה.

### הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה

החברה תעשה כל מאמץ ליישב את התביעה בהקדם האפשרי מהמועד בו התקבלו אצלה כל המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע. בכל מקרה בתוך 20 ימי עסקים ממועד זה, החברה תמסור לתובע הכרעה בתביעה או דרישה להתייצבות לבדיקה רפואית בפני רופאי החברה. בהתאם להכרעה בתביעה, תשלח לתובע הודעה מתאימה אשר תכלול את כל הפרטים הרלוונטיים הנדרשים על פי החוזר, בהתאם להכרעה בתביעה. ככל שתאושר התביעה במלואה או בחלקה, תשלח החברה הודעת התשלום אשר תכלול, בין היתר, פירוט בדבר אופן החישוב שבוצע. ככל שהתביעה תאושר לתקופה עתידית, ההודעה תכלול בנוסף, גם את משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות ואת הכללים לבדיקה המחודשת של הזכאות. הודעת תשלום חלקי תכלול בנוסף לפירוט מרכיביו של התשלום, גם פירוט הנימוקים העומדים בבסיס ההחלטה לדחות חלק מהתביעה. הודעת פשרה תכלול, בין השאר, את הנימוקים שביסוד הפשרה ואת הסכום שנקבע בפשרה.



ככל שתידחה התביעה, הודעת דחייה תכלול, בין היתר, את נימוקי הדחייה לרבות התנאי, התניה או הסייג המהווים בסיס לדחיית התביעה ופירוט בדבר העובדות שנלקחו בחשבון במסגרת ההחלטה לדחות את התביעה.

ככל שההחלטה לדחות את התביעה התבססה על מסמכים כלשהם, תציין החברה את רשימת המסמכים עליהם היא מתבססת ולפי העניין תצרף חו"ד רופא חברה ככל שניתנה ו/או מסמך מאמת חקירה כמפורט מטה. הודעת דחיה תכלול התייחסות לחוות דעת רופא מומחה שהוגשה מטעם התובע, ככל שהוגשה וככל שהיא רלוונטית לנימוקי הדחיה, תוך מתן הסבר מפורט מדוע הוחלט שלא לקבל את האמור בה.

החלטה בתביעה המסתמכת בין היתר על דוח חקירה, תכלול פירוט של עיקרי הממצאים מדוח החקירה ותציין את מועד ביצוע החקירה ומיקומה וכן תצרף תמונה מתוך החקירה ממנה ניתן יהיה לאמת את זהות המבוטח. ככל שהתובע זנח את תביעתו לאחר תקופה, יופסק הטיפול בתביעה והתובע יהיה רשאי, בכפוף לתקופת ההתיישנות לפנות מחדש להמשך טיפול בה.

חלק המבוטח על חוות הדעת הרפואית עליה התבססה החברה, יהא רשאי להגיש ערעור לוועדה הרפואית בתוך 90 ימי עסקים ממועד הכרעת החברה בתביעה.

חלק המבוטח על קביעת הוועדה הרפואית, יהא רשאי להגיש ערעור על קביעתה לוועדה הרפואית לערעורים בתוך 90 ימי עסקים ממועד הודעת החברה על החלטת הוועדה הרפואית. חלקה חברת הביטוח על קביעת הוועדה הרפואית, תהא רשאית להגיש ערעור על קביעתה לוועדה הרפואית לערעורים, בתוך 5 ימי עסקים ממועד החלטת הוועדה הרפואית.

### **היענות לפניית מבוטח או תובע**

בקשה של תובע לקבל העתק מהפוליסה תיענה 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 המבוטח,

תיענה בתוך 7 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה בחברה.

למען הסר ספק יובהר כי האמור לעיל מהווה רק את העקרונות על פיהם תנהג החברה וכי החברה מחויבת לעמוד בכל הדרישות הקבועות בחוזר 22-1-2020 יישוב תביעות אובדן כושר עבודה או חוזר אחר אשר יבוא במקומו. בכל סתירה בין האמור לעיל לבין האמור בחוזר כאמור, יגבר האמור בחוזר.

הנוסח המלא של חוזר יישוב תביעות אובדן כושר עבודה מצוי באתר האינטרנט של רשות שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר

בכתובת: <https://mof.gov.il/hon>

