



הנחיות להגשת תביעה על פי פוליסה לביטוח חיים במקרה של אובדן כושר עבודה

מבוטח.ת נכבד.ה,

ריכזנו עבורך את סוגי המסמכים והמידע שעליך להעביר אלינו, כדי שנוכל לטפל בתביעתך במהירות האפשרית ולשביעות רצונך.



שלב א – מילוי טופס תביעה

במהלך מילוי הטופס תתבקש.י למלא פרטים אישיים, פרטי משלוח הודעות, פרטי קרות מקרי הביטוח, מידע רפואי ומידע על תשלומי תגמולים מגופים אחרים. באפשרותך למלא את הטופס באופן דיגיטלי או באופן ידני כמפורט להלן.



שלב ב – מילוי וצירוף מסמכים נלווים

עליך למלא, לצרף ולהעביר אלינו את המסמכים הבאים, במקביל למילוי הטופס

מסמך	הסבר
1	העתק שיק מבוטל/ אישור על ניהול חשבון בנק שנדע כיצד לזכותך, במקרה שתאושר תביעתך
מידע רפואי	
2	טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות עליך לחתום על הטופס ולהחתיים עד מורשה על חתימתך
3	אישורים רפואיים המעידים על מצבך הרפואי לדוגמה: אישורים רפואיים על חופשת מחלה, סיכומי אשפוז, אישור מרופאים מומחים וכד'
4	אם הגשת תביעה לביטוח לאומי - העתק החלטת המוסד לביטוח לאומי נציין כי אין בהחלטת המוסד לביטוח לאומי בכדי לקבוע את חבותינו בתביעה
מידע בעניין מיסוי – מבוטח שכיר או עצמאי	
5	טופס 101 בהתאם להנחיית רשות המיסים כל מקבל קצבה (שכיר או עצמאי) נדרש למלא את הטופס מדי שנה. עליכם למלא את כל הטופס. בחלק ה' של טופס 101 מלאו הכנסותיכם ממקורות אחרים במידה ותשובתכם חיובית
<p>ה. פרטים על הכנסות אחרות</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות (1) <input type="checkbox"/> יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן: <input type="checkbox"/> משכורת חודש (2) <input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת (3) <input type="checkbox"/> משכורת חלקית (4) <input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) (5) <input type="checkbox"/> אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/י: <input type="checkbox"/> אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת (7) <input type="checkbox"/> אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו (8) <input type="checkbox"/> אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (9) <input type="checkbox"/> אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (10) </div>	
<p>אם לא יתקבל טופס 101 מלא וחתום, נאלץ לראותך כבעלת הכנסה נוספת ולנכות מהפיצוי החודשי מס מקסימלי על פי החוק בשיעור 47%</p>	

מידע בעניין הכנסות – מבטח שכירה	
6	12 תלושי שכר אחרונים לפני קרות מקרה הביטוח אם חזרת לעבודתך באופן מלא או חלקי, תלושי שכר מיום חזרתך לעבודה
מידע בעניין הכנסות – מבטח עצמאית	
7	אישור רואה חשבון על הכנסה שנתית החייבת במס או דו"ח שומה לשנה שקדמה למקרה הביטוח
8	אישור רואה חשבון על הכנסתך לאחר מקרה הביטוח, ככל שקיימות הכנסות
מידע בעניין ביטוחים ותשלומים נוספים – מבטח שכירה ועצמאית	
9	במידה והנך מקבל קצבה מגורמים נוספים – אישור על גובה הקצבה והתקופה שאושרה



שלב ג – שליחת טופס התביעה ומסמכים

https://easy.menoramivt.co.il/life-claim מילוי הטופס ישירות באתר שלנו והעלאת כל המסמכים הנלווים ישירות לאתר	המסלול הדיגיטלי	
מילוי ידני של הטופס וצירוף המסמכים הנלווים, ושליחתם אלינו לכתובת דוא"ל tviotlife@menora.co.il	מסלול דוא"ל	
מילוי הטופס וצירוף המסמכים הנלווים באופן ידני ושליחתם אלינו בדואר ישראל לת.ד. 927 תל אביב 6100802	מסלול ידני	

← לאחר שנקבל לידינו את המסמכים נבדוק את תקינותם ואם נדרש, ניצור איתך קשר להשלמת פרטים נוספים.

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

בכל מקרה של בעיה או שאלה, הנך 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

טופס תביעת אובדן כושר עבודה בפוליסת ביטוח חיים

למילוי ע"י המבוטח.ת.

1. פרטים מזהים של המבוטח.ת.

מס' פוליסה	שם משפחה ושם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
כתובת מגורים			
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד
כתובת דואר אלקטרוני		מספר טלפון נייד	מספר טלפון נוסף
שם קופת חולים		סניף	שם רופא משפחה
פרטי חשבון הבנק ע"ש ובעלות המבוטח.ת להעברת תשלום התביעה*			
בנק	מספר סניף	שם סניף	מספר חשבון

* עליך לצרף העתק שיק מבוטל או אישור הבנק על ניהול חשבון.

2. אופן קבלת מידע על התקדמות הטיפול בתביעתך

א. קבלת מידע – נא סמן את העדפתך לקבלת מידע והודעות שוטפות הנוגעות לתביעתך

- מידע והודעות שוטפות ישלחו אלי בדואר אלקטרוני שצינתי בסעיף 1
 מידע והודעות שוטפות ישלחו אלי בדואר ישראל לכתובת: _____

ב. אם אתה מיוצג ע"י עורך דין*, מידע והודעות שוטפות הנוגעות לתביעתך ישלחו אליו, בהתאם לפרטים הבאים:

שם עורך דין	כתובת דואר אלקטרוני	מספר טלפון נייד**
	@ _____	

* יש לצרף ייפוי כח המופנה לחברתנו

** חובה לציין מספר טלפון נייד לצורך משלוח סיסמה לפתיחת הודעת דוא"ל

ג. אם ברצונך להעביר אל סוכן הביטוח שלך העתק של מידע והודעות שוטפות הנוגעות לתביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם תביעה זו ו/או מידע רפואי שנודע למנורה אגב תביעה זו, אנא מלא.י את שם סוכן הביטוח: _____
 לתשומת לבך, סעיף זה אינו תקף אם אתה מיוצג ע"י עורך דין.

3. פרטים על מקום התעסוקה

שם העסק	מס טלפון בעבודה	פרטי תפקידך בעת הפגיעה
שכר החודשי הממוצע ב-12 החודשים האחרונים לעבודתך	האם השתנה תפקידך מאז הוצאת הפוליסה? כן. אנא פרט _____ ○ לא	
תאריך הפסקת עבודתך	האם חזרת לעבודתך? כן ○ לא ○	אם חזרת לעבודה מלא.י את הפרטים הבאים: מועד חזרתך לעבודה: ____/____/____, מס' שעות עבודה ביום: ____
כתובת העסק		
רחוב	מס'	ישוב
		מיקוד

4. פרטים רפואיים

א. מידע כללי על טיפול רפואי

האם אושפזת או הנך מאושפז בבית חולים? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		האם טרם הפסקת עבודתך, טופלת על ידי רופאים בקשר למצב בריאותך הנוכחי? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> אם כן, פרטי: _____	
שם הרופא המטפל	כתובת הרופא המטפל	תאריך הטיפול	
_____	_____	___/___/___	
_____	_____	___/___/___	
_____	_____	___/___/___	

ב. יש למלא במקרה שאי הכושר נגרם כתוצאה ממחלה

תאריך אבחון המחלה: ___/___/___	תאריך קבלת טיפול ראשון ___/___/___	המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן ___/___/___
כתובת הרופא	שם הרופא המאבחן	מהי האבחנה הרפואית?

ג. יש למלא במקרה שאי הכושר נגרם כתוצאה מתאונה

כתובת מקום אירוע התאונה	שעת אירוע התאונה: ___:___	תאריך אירוע התאונה ___/___/___
תאריך: בקצרה את נסיבות התאונה:		

5. ביטוחים ותשלומים נוספים

האם אתה מקבלת או זכאית לקבל תשלומים חודשיים בזמן אי כושר העבודה מגורמים נוספים				
זכויות לפיצוי	סכום חודשי	לא	כן	הגורם המשלם
מ - ___/___ עד - ___/___				ביטוח לאומי
מ - ___/___ עד - ___/___				חברת ביטוח אחרת _____
מ - ___/___ עד - ___/___				קרן פנסיה
מ - ___/___ עד - ___/___				ביטוח תאונות ו/או מחלות
מ - ___/___ עד - ___/___				המעסיק
מ - ___/___ עד - ___/___				מקור אחר _____

עליך לצרף אישור מהגורם מעניק הקצבה על גובה הקצבה והתקופה שאושרה

6. הצהרת המבוטח

אני החתום/החתומה מטה מצהיר/ה בזה כי תשובתיי 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/ה כי בתקופה אשר ציינתי לעיל, אינני עובד/ת / לא עבדתי בעבודה כלשהי ובמקרה ויחזור אלי כושר עבודתי, אף במידה חלקית, הנני מתחייב/ת להודיע על כך לחברה, להמשיך בתשלום הפרמיות במלואן ולהחזיר לחברה פיצויים ששולמו לאחר שחזר אלי כושר העבודה.

חתימת המבוטח

תאריך

טופס בקשת מידע רפואי וויתור סודיות

שם משפחה ושם פרטי	מספר זהות	שם האב
כתובת	מס' בית	טלפון
רחוב	ישוב	מיקוד

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, בתי חולים, בתי חולים פסיכיאטריים, 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 קרנות פנסיה 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.

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

חתימת המבוטח.ת:

X	תאריך	שם פרטי ומשפחה	תעודת זהות	חתימת המבוטח
---	-------	----------------	------------	--------------

פרטי העד לחתימה (רופא, עו"ד, אח, פסיכולוג, עובד סוציאלי, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח):

X	תאריך	שם פרטי ומשפחה	תעודת זהות	חתימה + חותמת + מס' רישיון
---	-------	----------------	------------	----------------------------