

## טופס תביעה - ביטוח חיים

מבוטח נכבד,  
אנו שולחים לך איחולי החלמה מהירה ומלאה, כלקוח שרכש פוליסת ביטוח חיים בחברתנו, באפשרותך להגיש תביעה, בהתאם לתנאי הפוליסה. לנחיותך, מצורך 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	כתובת	טלפון
------------	----------	-------	-------

### להלן פירוט האישורים הנחוצים לטיפול בתביעתך, לפי סוגי התביעות

#### ← אובדן כושר עבודה

##### אישורים רפואיים

- סיכום רפואי מטעם הרופא המטפל ו/או סיכום מחלה מבית החולים, הכולל את תאור הפגיעה/מחלה/נכות ופירוט יכולתו הפיזית והשיקומית של המבוטח.
- אישורי מחלה לכל תקופת אובדן כושר העבודה.
- **אם הוגשה תביעה לביטוח לאומי:** אישורים מהמוסד לביטוח לאומי והעתקי הפרוטוקולים מדיונים והחלטות הוועדות הרפואיות. **לידיעתכם, את המסמכים הרפואיים העדכניים יש לשלוח חודש לפני תום תקופת ההמתנה.**

##### אישורי שכר

- **לגבי עצמאי:** אישור רואה חשבון על הכנסה שנתית אחרונה לפני אובדן כושר העבודה, או אישור מס הכנסה על הכנסה חייבת במס (דוח שנתי למס הכנסה).
- **לגבי שכיר:** - 12 תלושי שכר חודשיים אחרונים לפני אובדן כושר העבודה או טופס 106.  
- אישור מעביד על:  
- במידה והמבוטח אינו עובד אך מקבל שכר המעביד: אישור על גובה השכר המשולם בתקופת אי הכושר.  
- במידה והמבוטח חזר לעבודה חלקית: מועד החזרה לעבודה, גובה השכר המשולם, ומספר שעות העבודה.
- **מס הכנסה:** לתשומת לבך קצבת אובדן כושר עבודה חייבת במס הכנסה והמס מנוכה במקור. באם הנך מעוניין בתשלום מס מופחת אבא פנה למרכזת שרות התביעות לקבלת מכתב הפניה מתאים למס הכנסה.

#### ← מקרי נכות

- חוות דעת מטעם גורם רפואי (ביטוח לאומי או רופא מומחה) המעידה על שיעור נכותו הצמיתה של המבוטח על פי הפוליסה.
- במקרה של קביעת אחוזי נכות מטעם המוסד לביטוח לאומי, יש לצרף את הפרוטוקול משיבת הועדה, המגדיר את הסעיפים לפיהם ניתנה הנכות, כדי שנוכל לדעת ממה נובעים אחוזי הנכות.
- במקרה של תאונה, יש לצרף אישור המעיד על התאונה מגורם ממשלתי כמו משטרה, משרד הביטחון, או מסמך רפואי המעיד על כך.

#### ← מרפא / מאבק בסרטן / יתרון (מחלות קשות)

- סיכום רפואי מטעם הרופא המטפל ודו"ח אשפוז מבית חולים, הכולל פירוט האירוע הרפואי ובדיקות העדר (כולל דוח היסטולוגי במקרה של סרטן).

### פרטי המבוטח

שם משפחה		שם פרטי		ס"ב	
רחוב		מספר		ת.ד.	
מספר טלפון		מיקוד		מקצוע/עיסוק	

### פרטי ארוע התביעה

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

האם תבעת או שאתה זכאי לתבוע חברת ביטוח אחרת או גורם אחר (ביטוח לאומי, קרנות פנסיה, אבנר וכו') בקשר לתשלום פיצויים בשל מחלתך/פגיעתך?  
 לא     כן, פרט:

שם הגורמים הנתבעים	1	מס' פוליסה	מס' תביעה
	פרטים נוספים		
	2	מס' פוליסה	מס' תביעה
	פרטים נוספים		
תאריך הפסקת העבודה			
האם חזרת לעבודה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> במשרה מלאה מתאריך <input type="radio"/> במשרה חלקית מתאריך <input type="radio"/>			
לא <input type="radio"/> תאריך משוער חזרה לעבודה			

### 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	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה
-------	----------------	-------------------------------------	-------

### פרטי הבנק

שם בעל החשבון		ס"ב	
שם הבנק		מספר הסניף	
מספר חשבון הבנק		ת.ד.	
כתובת הסניף		מספר טלפון	

1 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 לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי 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 הסיעודי 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 הסיעודי ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שפנתח 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 (במקרה של קטין ירשמו פרטיו)**

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	ס"ב
רחוב	מספר	ישוב	מיקוד
מספר טלפון			

2

שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם קופה קודמת
<b>שמות הרופאים המטפלים</b>			
1	2	3	4

**במקרה של קטין**

שם האם	ת.ז.	ס"ב
שם האב	ת.ז.	ס"ב
תאריך	עד לחתימה	ס"ב
חתימת המבוטח (במקרה של קטין-חתימת האפוטרופוס)	ת.ז.	

**חתימת המבוטח**

תאריך	שם פרטי ומשפחה של המבוטח	חתימה