

אובדן כושר עבודה

מבוטח יקר,
איבדת את כושר העבודה?
עומד לרשותך מערך מיומן לטיפול מהיר ויעיל בתביעתך.

הנחיות להגשת תביעה בגין אובדן כושר עבודה:

על מנת להבטיח טיפול מהיר ויעיל בבקשה, יש לצרף את המסמכים הבאים:

- טופס תביעה ממולא וחתום, כולל טופס ויתור על סודיות רפואית (המצורף לטופס).
- אישורי מחלה בציון תאריכים מדויקים לגבי תקופת אי כושר העבודה מרופא מקצועי מטפל.
- סיכומי מחלה מכל האשפוזים, כולל האשפוז הראשון - אם אושפזת.
- אישור מפורט ועדכני מרופא מטפל בו יש לפרט את האבחנות הרפואיות מהן הנך סובל, הטיפולים והתרופות שקיבלת, מהן מגבלותיך והתייחסות לכושר עבודתך.
- תוצאות בדיקות רפואיות שעברת, כולל תוצאות בדיקות הדמיה.
- אם נפגעת במסגרת תאונת עבודה, יש להמציא את החלטת המוסד לביטוח לאומי לגבי אחוזי הנכות הזמנית או הצמיתה שנקבעו לך בצירוף פרוטוקול הועדה הרפואית של מוסד זה.
- אישור לגבי הכנסתך מעבודה ב-12 החודשים האחרונים שקדמו לתאריך האירוע בגינו הנך תובע: אם הינך שכיר - יש להמציא אישור ממקום עבודתך לגבי ימי היעדרותך מן העבודה עקב אי כושר העבודה, עד מתי שולם לך שכר? וכמה? וכן פירוט 12 המשכורות האחרונות (או צילום תלושי שכר) שקיבלת לפני קרות האירוע בגינו אתה תובע.
- אם הינך עצמאי יש להמציא אישור מרואה חשבון/יועץ מס או מס הכנסה לגבי הכנסתך מעבודה מיגיעה אישית מעסק לגבי 12 החודשים שקדמו לאירוע בגינו הנך תובע.
- יש להודיע לחברה את שם, כתובת סניף קופ"ח ושם הרופא המטפל אצלו טופלת במשך השנים, כולל מלפני הצטרפותך לביטוח- לשם קבלת צילום התיק הרפואי המלא מקופ"ח, במידת הצורך.
- יש לצרף צילום תעודת הזהות שלך (כולל ספח).
- יש לצרף צילום המחאה או תדפיס פרטי חשבונך האישי בבנק לצורך ביצוע העברה בנקאית.
- מקבלי תשלום פיצוי חודשי לאובדן כושר עבודה, חייבים בדיווח לשלטונות מס הכנסה. הכשרה תמציא לך מכתב לפיקד השומה ותפעל בהתאם לאישור שתקבל מפיקד השומה. במידה והינך זכאי/ת לפיצוי על פי תנאי הפוליסה, ישולם לך פיצוי חודשי מתום תקופת ההמתנה וכל עוד הינך מצוי/ה באובדן כושר עבודה ולכל היותר עד תום תקופת הביטוח לאי כושר עבודה.
- אם הפוליסה בגינה הנך תובע/ת היא פוליסה לביטוח מנהלים תידרש להמציא הצהרה אם הפיצוי החודשי מהווה הכנסה יחידה או שיש לך הכנסות נוספות/אישור פטור מביטוח לאומי לניכוי דמי ביטוח לאומי ובריאות.
- יתכן ותידרש/י להבהרות נוספות כגון מסמכים נוספים או בדיקת רופא. שיתוף פעולה מצדך יעזור לנו בהליך בירור בקשתך לתשלומי ביטוח.
- יתכן והבקשה לתשלומי ביטוח תידחה וזאת בהתאם לתנאי הפוליסה וההחלטות הקיימות בה.
- בכל מקרה נודיעך בכתב את עמדתנו.

טופס תביעת אי כושר עבודה

שם מגיש התביעה/מבוטח/סוכן/עו"ד: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ פקס: _____

חלק א' - למילוי בידי המבוטח/התובע

(3)	(2)	(1)	מספרי פוליסות:
-----	-----	-----	----------------

א. פרטי המבוטח:

שם משפחה		שם פרטי		מס' ת.זהות	
כתובת		טלפון בבית		טלפון נייד	
תאריך לידה		מקצוע/עיסוק/משלח יד		האם אתה מובטל וממתי?	
פרט השכלתך		פרט לימודים/קורסים/תעודות/הסמכות/השתלמויות מקצועיות		קופת חולים	
שם		כתובת		טלפון	
מקום עבודה אחרון		פרט כל עיסוקיך/מקומות עבודה בעבר והיכן		<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> בעל שליטה	

ב. פרטים על עבודה לפני אי כושר עבודה:

1. תאריך הפסקת עבודתך עקב האירוע _____ פרט את שם המעסיק האחרון: _____

2. מסור תיאור מפורט על עבודתך ערב אי כושר העבודה: _____

3. משכורת/הכנסה

<p>עצמאי</p> <p>פרט את הכנסתך מיגיעה אישית מעסק ב-12 חודשים האחרונים שקדמו לאי כושר העבודה:</p> <p>■ ש"ח לשנה _____</p> <p>נא צרף אישור רו"ח/יועץ מס/מס הכנסה לגבי הכנסתך מיגיעה אישית מעסק בשנה שקדמה לתחילת אי כושר העבודה.</p>	<p>שכיר</p> <p>פרט את משכורתך החודשית הממוצעת ב-12 החודשים לפני תחילת אי כושר העבודה:</p> <p>■ ש"ח לחודש _____</p> <p>נא צרף 12 תלושי שכר לשנה שקדמה לתחילת אי כושר העבודה.</p>
--	--

4. האם שינית את המקצוע/העיסוק מאז הוצאת הפוליסה הני"ל? כן / לא

אם כן, נא פרט את המקצוע/העיסוק החדש _____ ומתי התחלת לעבוד בו _____

ג. פרטים על מקרה אי כושר העבודה:

1. אי כושר העבודה נגרם על ידי: מחלה תאונת עבודה תאונת דרכים תאונה אחרת. נא פרט _____

2. מתי קרתה התאונה או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה? תאריך פניה ראשונה לגורם רפואי: _____

3. נא פרט את מהלך, נסיבות ותוצאות התאונה/מחלה: _____

4. נא פרט את הבעיות הרפואיות/התפקודיות מהן אתה סובל: _____

5. מי הם הרופאים או המוסדות הרפואיים שטיפלו בך? נא לפרט שם וכתובת: _____

6. האם עברת בדיקות רפואיות, כולל בדיקות הדמיה? נא פרט (וצרף תוצאות הבדיקות) _____

ד. פרטים על עבודה לאחר תחילת אי כושר העבודה:

א. האם שבת לעבודה מאז התאונה או מאז תחילת המחלה? כן / לא

אם כן, באיזה תאריך: _____ באיזה היקף: _____ באיזה עיסוק: _____

ב. מהי הכנסתך החודשית הנוכחית? האם: כשכיר כעצמאי

ג. האם עברת הכשרה מקצועית/שיקום מקצועי/תעסוקתי ומתי, נא פרט: _____

ה. ביטוחים ותשלומים נוספים:

האם אתה מקבל או זכאי לקבל תשלומים חודשיים בזמן אי כושר העבודה מאת:

זכויות לפיצוי		לא	כן	הגורם המשלם
למשך זמן	סכום חודשי			
				המעסיק (ציין שם המעסיק)
				קרן פנסיה (ציין שם קרן הפנסיה)
				חברת ביטוח אחרת (ציין שם חברת הביטוח)
				ביטוח תאונות ו/או מחלות (ציין היכן)
				ביטוח כנפגע צד שלישי (ציין היכן)
				ביטוח לאומי (ציין כתובת סניף ביטוח לאומי)
				מקור אחר (פרט)

ו. הצהרת המבוטח:

אני הח"מ (המבוטח) _____ מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי מן החברה דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.

תאריך _____ שם משפחה ופרטי _____ מספר זהות _____ חתימה _____

ז. פרטי חשבון הבנק:

נא ציין פרטי חשבון הבנק שלך וכן צרף צילום מהמחאה אישית או תדפיס הבנק לגבי פרטי חשבון האישי.

שם הבנק _____ מס' הבנק _____ כתובת סניף הבנק _____ מס' חשבון _____

ח. התיישנות לגבי תביעה:

בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח והוראות הפוליסה שברשותך, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה תקופה בת שלוש שנים, המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח. (למען הסר ספק, ככל שמקרה הביטוח הינו מסוג מתחדש יחל מנין שלוש השנים מדי יום ביומו וכל עוד מתקיים מקרה הביטוח, ביחס לאותו היום). ככלל, הגשת תביעה לחברת הביטוח אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות, ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

ויתור על סודיות רפואית

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת-חולים ובתי-חולים, עובדיהם, רופאיהם ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לביטוח לאומי על עובדיו ו/או למשרד הביטחון ולצה"ל ו/או לרשויות מקומיות ולמשרדי הממשלה על עובדיהם ו/או לחברות ביטוח אחרות על עובדיהם ו/או קרנות פנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בי אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאותי ו/או מצוי בידי חומר כזה שהועבר על-ידי צד ג' כלשהו למסור להכשרה חברה לביטוח בע"מ כל מידע רפואי אודותי, מחלות שיש לי בהווה או שהיו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בהווה או קיבלתי בעבר או שאקבל בעתיד ו/או צילומים מדוחות האשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימות הרופאים אצלם ביקרתי.

אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה, כלפי המוסדות ו/או למי מהרופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירותים שלהם.

ניתנת בזאת זכות לחברה לתבוע החזרים ולשובב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכסוי התביעה הנ"ל או חלקה.

תאריך _____ שם משפחה ופרטי _____ מספר זהות _____ חתימה _____

חלק ב' - למילוי ע"י הרופא המקצועי המטפל

1. פרטים על מצבו הרפואי של המבוטח:

א. ממתי נמצא המבוטח בטיפולך: _____	
ב. האבחנות הרפואיות של המחלה או הפגיעה: _____ _____	
ג. האם בוצעו בדיקות רפואיות (כולל בדיקות הדמיה)? נא פרט הבדיקות שבוצעו ותוצאותיהן _____	
ד. מועד התחלת המחלה/הפגיעה _____	
ה. האם אפשר לייחס את המצב הבריאות הנוכחי לאיזה מחלה או פגיעת גוף קודמת (ציין פרטים)	ניתוחים שעבר/מתי? _____ ניתוחים שצפוי לעבור/מתי? _____
ו. מצבו הבריאותי הנוכחי של המבוטח <input type="checkbox"/> מהן מגבלותיו? _____ <input type="checkbox"/> האם עבר/יעבור שיקום רפואי? (פרט) _____ <input type="checkbox"/> האם צריך לעבור שיקום מקצועי/תעסוקתי ובמה? (פרט) _____	

2. פרטים על כושר עבודתו של המבוטח:

א. באיזה תאריך נאלץ המבוטח להפסיק את עבודתו? _____	ב. באיזה תאריך חזר, או יהיה מסוגל לחזור המבוטח לעבודה? _____
ג. אם המבוטח אינו מסוגל לחזור לעבודתו הקודמת ציין לאיזה סוג עבודה מסוגל לחזור, ומתי? _____	
ד. ציין פרטים נוספים בקשר לאבדן כושר עבודה, אם ישנם. _____	

3. הערות:

תאריך

כתובתו

חתימת הרופא

שם הרופא וההתמחות