



אגף ביטוח חיים

השאלון המצורף מורכב מהחלקים העיקריים הבאים:
- דף הנחיות הבא להדריך את המבוטח בכל הנוגע למסמכים ולמידע שיש להגיש לחברה על מנת לזרז את הטיפול בתביעה.
- ויתור על סודיות רפואית שייחתם ע"י המבוטח (מעבר לדף).
- פרטי הבנק אליו יש להעביר את תשלום ה"שלב" (מעבר לדף).
- שאלון להגשת תביעה אשר ימולא ע"י המבוטח (חלק א').
- שאלון למילוי ע"י הרופא המטפל (חלק ב').

הנחיות להגשת תביעה על פי פוליסה לביטוח חיים

1. במקרה: 1. אובדן כושר עבודה - "שלב" / "אדרת".
2. נכות מתאונה / נכות רגילה / נכות מקצועית.
3. איכות חיים (מחלות קטלניות).
4. ניתוחים.
5. סיעודית.

1. המבוטח ימלא חלק א' של השאלון, יחתום על טופס ויתור סודיות רפואית המצורף ויעבירו לרופא המטפל, אשר ימלא את חלק ב' בשאלון בתביעה בפוליסת סיעודית יש למלא גם חלק ג'.

2. בגמר מילוי השאלון על כל חלקיו יעבירו המבוטח לחברה בצירוף מסמכים, סיכומי מחלה וחוות דעת רפואיות. בתביעות אובדן כושר עבודה ונכות יש לצרף (בנוסף למסמכים הנ"ל) את האישורים הבאים:

א. אישורים רפואיים - (מקור בלבד או העתק מאושר).

- אישורים רפואיים על חופשת מחלה.
- אישורים מהמוסד לביטוח לאומי והעתקי הפרוטוקולים מהדיונים והחלטות הועדות הרפואיות של מוסד זה.
- אישורים ממוסדות ממשלתיים (כגון: משטרת ישראל, משרד הבטחון וכד') המעידים על נסיבות התאונה.

ב. אישורים על שכר / תקופת עבודה

- לגבי עצמאי
- אישור רואה חשבון על הכנסה שנתית אחרונה לפני אובדן כושר עבודה או אישור מס הכנסה חייבת במס.
- לגבי שכיר:
- 12 תלושי שכר חודשיים אחרונים לפני אובדן כושר עבודה או טופס 106.
- אישורים מהמעביד:
- על מועד הפסקת עבודה, בציון גובה השכר המשולם ע"י המעביד בתקופת אי - הכושר.
- על מועד החזרה לעבודה. במקרה והמבוטח חזר לעבודה חלקית, יצויין באישור שיעור החלקיות ותקופתו.

ג. מס הכנסה

- מקבלי תשלום פיצוי חודשי לאובדן כושר עבודה חייבים בדיווח לשלטונות מס הכנסה.
- ביטוח מנהלים - עפ"י החוק חלה על חברת הביטוח, חובת ניכוי מס במקור מתשלומיה לפיצוי חודשי, אם הפרמיה שולמה ע"י המעביד. מומלץ לפנות לפקיד השומה (במקום מגוריו של המבוטח) לקבלת אישור מתאים כדלקמן:-
- א. על גובה שיעור המס שינוכה במקור מתגמולי הביטוח החודשיים.
- ב. על שיעור הפטור המירבי החל על הקיצבה המזכה.

3. ברצוננו להדגיש כי לאחר הגשת המסמכים שצוינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים ומסמכים נוספים לפי הצורך.

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

בכבוד רב,

מנורה חברה לביטוח בע"מ



טופס תביעה

נא לסמן את סוג התביעה

- 1. אובדן כושר עבודה - "שלב" / "אדרת".
- 2. נכות מתאונה / נכות רגילה / נכות מקצועית.
- 3. איכות חיים (מחלות קטלניות)
- 4. ניתוחיים
- 5. סיעודית

מס' פוליסות

חלק א' - למילוי ע"י המבוטח 1. פרטים מזהים של המבוטח

שם משפחה ופרטי	כתובת רחוב	ישוב	מיקוד	מס' טלפון
מספר זהות	מס' אישי בצה"ל	פרופיל צבאי	תאריך לידה	
מקום העבודה וכתובתו	מס' טלפון			
שם קופ"ח	סניף	מס חבר	שם רופא המשפחה	
פרט תפקיד בעת הפגיעה	האם השתנה תפקידך בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט:			

2. פרטים מזהים על מקום העבודה (מלא סעיף זה במקרה של תביעת אובדן כושר עבודה ונכות מקצועית)

שכרך החודשי הממוצע ב- 12 החודשים האחרונים לעבודתך (צרך מסמכים לפי המפורט בסעיף 2. ב. בהנחיות)	תאריך הפסקת עבודתך (צרך מסמכים לפי המפורט בסעיף 2. ב. בהנחיות)	האם חזרת לעבודה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן אם כן פרט מספר שעות עבודתך ביום
---	--	---

3. פרטים רפואיים (מלא סעיף א' במקרה של מחלה או סעיף ב' במקרה של תאונה) א. עקב מחלה

המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן	תאריך קבלת טיפול ראשון	תאריך אבחנת המחלה וע"י מי	שם מדויק של המחלה	שם הרופא המטפל וכתובתו
--------------------------------------	------------------------	---------------------------	-------------------	------------------------

ב. עקב תאונה

תאריך אירוע התאונה / הפגיעה	שעת אירוע התאונה / הפגיעה	כתובת מקום אירוע התאונה / הפגיעה
תאר בקצרה נסיבות התאונה:		

ג. יש למלא בכל מקרה

האם אושפזת או הינך מאושפז? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן נא פרט וצרך סיכומי מחלה, חוות דעת וכד' לרבות בגין אישפוזים שונים בעבר.	
האם טיפלו בך רופאים אחרים בקשר למצב בריאותך הנוכחי ובכלל בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
שם הרופא וכתובתו	שם הרופא וכתובתו
תאריך הטיפול	תאריך הטיפול
שם בית החולים והמחלקה המטפלת (נא צרך סיכום מחלה)	

האם נותחת או עומד בפני ניתוח? לא כן פרט סוג ניתוח מועד הניתוח ושם ביה"ח

האם הניתוח מבוצע בתשלום? לא כן (צרך קבלות על תשלום)

האם אתה סובל או סבלת ממום גופני כלשהו, או מחלה ממושכת? לא כן

האם תבעת או עומד לתבוע או זכאי לתבוע חברת ביטוח אחרת או גורם אחר (כגון: משרד הבטחון, ביטוח לאומי וכד') בקשר לתשלום פיצויים בגין פגיעתך / מחלתך הנ"ל? לא כן פרט וציין:

שם הגורם הנתבע _____ מס' פוליסה _____ מס' תביעה _____

פרטים נוספים _____

אני החתום מטה מצהיר בזה כי תשובתי לעיל הינן מלאות ונכונות: ידוע לי כי על פי הוראות החוק מסירת מידע כוזב או מטעה עלולה לגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות המבוטח לפצוי על פי הפוליסה.



חלק ב' – למילוי ע"י הרופא המטפל (לאחר שהמבוטח מילא חלק א')
1. פרטים על מצבו הבריאותי של המבוטח

א. ציין את התקופה בה נמצא המבוטח בטיפולך

ב. האבחנה של המחלה או הפגיעה (ציין כל הפרטים הרפואיים):

ג. האם דרוש ביצוע ניתוח לא כן פרט.

ד. האם בוצעו הבדיקות הרפואיות הבאות: רנטגן לא כן
 א.ק.ג לא כן
 אנדרוסקופיה (כגון בדיקת קיבה או מעי הגס) לא כן
 טומוגרפיה ממוחשבת לא כן
 גלים על קוליים (אולטרה סאונד) או הדגמת איברים בעזרת איזוטופים לא כן
 אם כן מתי ומדוע? ובאיזה מוסד? ומהן התוצאות?
 בדיקות אחרות

ה. מועד התחלת המחלה / הפגיעה
 ו. האם אפשר לייחס את המצב הבריאותי הנוכחי לאיזו מחלה או פגיעת גוף קודמת (ציין פרטים)

ז. מצבו הבריאותי הנוכחי של המבוטח
 החלים, פרט:
 הורע, פרט:
 ללא שינוי, פרט:

ח. האם נערכה בדיקה כלשהי לגילוי גידול סרטני?
 אם כן, פרט סוג בדיקה, מועד ותוצאות:

ט. לנשים בלבד (מלא: מקסימום פרטים כגון תוצאות בדיקות מועד ומקום)
 האם נבדקה בבדיקה ממוגרפית (בדיקת שדיים)? לא כן
 האם נבדקה בבדיקת פפסמיר (בדיקת צוואר הרחם)? לא כן

2. פרטים על כושר עבודתו של המבוטח

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

3. הערות



ויתור על סודיות רפואית

שם ומשפחה _____ כתובת _____
מס' זהות _____ מס' אישי בצה"ל _____ מס' חבר בקופ"ח _____
שם קופת החולים וכתובתה _____

- אני החתום מטה משחרר בזה כל מוסד רפואי, כל מעבדה רפואית, כל ועדה רפואית, וכל עובדיהם הרפואיים והאחרים מחובת שמירת סודיות רפואית כלפי "מנורה" חברה לביטוח בע"מ (שתקרא להלן "מנורה")
- הריני נותן בזה רשות לכל המנויים לעיל - כולל הועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי, מבטחים, משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, שלטונות צה"ל, וכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה - וכן לכל חברות הביטוח בהן בוטחתי בעבר - או שאני מבוטח בהן בהווה, למסור ל"מנורה" או לבאי כוחה - כולם ביחד וכל אחד לחוד - את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי וכל מחלה שחליתי בה בעבר או בהווה או שאחלה בעתיד.
- הריני מאשר לכל חברת ביטוח ו/או מוסד אחר להעביר ל"מנורה" כל מידע ו/או מסמך ו/או פוליסת ביטוח כנדרש על ידה.
- הריני מצהיר בזה כי לא תהיה לי כל תביעה או כל טענה מכל סוג שהוא כלפי המנויים לעיל בקשר למסירת הפרטים הנ"ל ל"מנורה" או לבאי כוחה - כולם ביחד וכל אחד לחוד.
- ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, באי כוחי על פי דין וכל מי שיבוא במקומי.

ולראיה באתי על החתום

תאריך	חתימה
בתביעה בגין אובדן כושר עבודה, נכות מקצועית, נכות רגילה יש לחתום על ההצהרה כדלהלן: הנני מצהיר כי בתקופה אשר ציינתי לעיל אינני עובד בעבודה כלשהי ובמקרה ויחזור אלי כושר עבודתי, אף במידה חלקית הנני מתחייב להודיע על כך לחברה, להמשיך בתשלום הפרמיות במלואן ולהלהחזיר לחברה פיצויים ששולמו לי לאחר שחזר אלי כושר עבודתי.	

תאריך	חתימה
-------	-------

פרטי הבנק להעברת תשלום התביעה

שם המבוטח	כתובת	טלפון	אני
1. נותן בזאת הוראה בלתי חוזרת שכל תשלום לו אהיה זכאי בהתאם לפוליסה/ות מספר _____ עבור פיצוי חודשי/גימלה חדשית/ביטוח רצף הכנסה, יועבר על ידי מנורה - חברה לביטוח בע"מ לחשבון מספר _____ בבנק _____ סניף _____ ע"ש _____ כתובת הסניף _____			
2. רישום העברת הכספים לחשבוני במנורה תהווה אסמכתא רשמית לקבלתם על ידי ואין לי ולא תהינה לי כל טענה ו/או תביעה למנורה בכל הקשור לכספים.			

תאריך	חתימה
-------	-------

רצ"ב צ'ק מבוטל / צילום צ'ק מהחשבון הנ"ל, לשם מניעת טעות במספר החשבון.