

הנחיות להגשת תביעה על פי פוליסה לביטוח חיים במקרה של אובדן כושר עבודה ו/או נכות מקצועית

מבוטח/ת נכבד/ה,

להלן דף הנחיות, הבא להדריך אותך המבוטח בכל הנוגע למסמכים ולמידע שיש להגיש לחברת הביטוח, על מנת שנוכל לטפל בתביעתך במהירות האפשרית ולשביעות רצונך.

1. טופס ההודעה על תביעה במקרה של אובדן כושר עבודה ו/או נכות מקצועית, כולל את החלקים הבאים:
 חלק א' - כולל את פרטיו האישיים של המבוטח וכן את פרטי מקרה הביטוח.
 חלק ב' - "שאלון לרופא מטפל" ימולא על ידי רופא המטפל של המבוטח, ובו התייחסות למידע הרפואי על מקרה הביטוח.
 חלק ג' - "טופס בקשת מידע רפואי וויתור סודיות" יחתם על ידי המבוטח ועל-ידי עד לחתימה.
 חלק ד' - פרטי חשבון הבנק של המבוטח, לצורך העברת תשלום תגמולי הביטוח. יש לצרף העתק שיק מבוטל או אישור על ניהול חשבון בנק.

2. במקביל למילוי טופס ההודעה על מקרה של אובדן כושר עבודה ו/או נכות מקצועית, יעביר המבוטח לחברה את האישורים הבאים:

א. אישורים רפואיים

- אישורים רפואיים על חופשת מחלה, לתקופות מוגדרות מרופא מקצועי או מרופא תעסוקתי מעבר לתום התקופת ההמתנה הנקובה בפוליסה.
- סיכומי מחלה מבית החולים.
- במידה והגשת תביעה למוסד לביטוח לאומי: אישורים מהמוסד לביטוח לאומי והעתקי פרוטוקולים מלאים של הועדות הרפואיות שעברת. יש לציין כי אין בהחלטת המוסד לביטוח לאומי בכדי לקבוע את חבותנו בתביעה.
- אישורים ממוסדות ממשלתיים כגון: משטרת ישראל, משרד הבטחון וכדו', המעידים על נסיבות האירוע, במידה וקיימים.

ב. אישורים על שכר/תקופת עבודה

מבוטח עצמאי

- אישור רואה חשבון על הכנסה שנתית אחרונה מיגיעה אישית לפני קרות מקרה הביטוח.
- אישור רואה חשבון המעיד כי המבוטח אינו מקבל שכר עבודה בתקופת אי הכושר הנטענת.

מבוטח שכיר

- 12 תלושי שכר חודשיים אחרונים לפני קרות מקרה הביטוח או טופס 106.

אישור מהמעביד

- אישור מהמעביד על מועד הפסקת עבודה, בציון גובה השכר המשולם על-ידי המעביד בתקופת אי-הכושר.
- אישור מעביד על מועד החזרה לעבודה, במקרה והמבוטח חזר לעבודה מלאה או חלקית. במקרה של חזרה לעבודה חלקית, המעסיק יציין באישור את תקופת העבודה החלקית ואת היקף המשרה.

ג. טופס 101

בהתאם להנחיות רשות המיסים, כל מקבל קצבה נדרש למלא טופס 101 מידי שנה.
 יש להקפיד ולמלא את כל הסעיפים הרלוונטיים בטופס. במידה וקיימת הכנסה נוספת, יש להצהיר על כך בסעיף ה' ולצרף תיאום מס לשנת המס הנוכחית, אשר יופנה לחברת "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ".
 את הטופס המלא יש לשלוח לפקס מספר: 03-7608032 או באמצעות הדואר לכתובת: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ, עבור מחלקת תביעות ביטוח חיים, רחוב אלנבי 115, ת.ד. 927 תל-אביב, מיקוד 6100802 או באמצעות כתובת המייל המפורטת: tviotlife@menora.co.il.

לתשומת ליבך: במידה ולא יתקבל טופס 101 מלא וחתום, נאלץ לראותך כבעל הכנסה נוספת ולנכות מהפיצוי החודשי מס מקסימלי על פי החוק בשיעור 48%.

ד. צילום תעודת זהות כולל הספח.

3. את טופס התביעה והאישורים הנדרשים ניתן לשלוח דרך אמצעי התקשורת הבאים: דואר ישראל ת.ד. 927, תל-אביב 6100802 או באמצעות פקס מס' 03-7608032 או לכתובת המייל: tviotlife@menora.co.il או במסרון על ידי שליחת הספרה 5 לטלפון 050-8085700.

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

5. 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

תביעת אובדן כושר עבודה ו/או נכות מקצועית בפוליסת ביטוח חיים חלק א' - למילוי על ידי המבוטח

1. פרטים מזהים של המבוטח

מס' פוליסה	שם משפחה ושם פרטי:	מספר זהות	תאריך לידה
כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	
רמי	מס' בית	יישוב	מיקוד
שם קופת חולים	סניף	שם רופא משפחה	

2. אופן משלוח הודעות - נודה לבחירתך את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך הבירור בתביעתך:

<input type="radio"/> דואר ישראל <input type="radio"/> דואר אלקטרוני (מייל מאובטח)	כתובת מייל:
מס' טלפון נייד (חובה לציין לצורך משלוח סיסמה לפתיחת הודעת דוא"ל)	

- לתשומת ליבך, במידה ולא בחרת את אופן משלוח הדיוור ההודעות ישלחו באמצעות דואר ישראל.
- בחירתך לאופן משלוח הדיוור תקפה לתביעה זו בלבד.

3. ככל שהינך מיוצג ע"י עורך דין, הודעות בדבר מהלך בירור התביעה ישלחו אליו. במידה והינך מבקש לשלוח הודעות אלו באמצעות דוא"ל, אנא הקפד על מילוי כתובת המייל של עורך הדין:

<input type="radio"/> דואר ישראל <input type="radio"/> דואר אלקטרוני (מייל מאובטח)	כתובת מייל:
מס' טלפון נייד של עו"ד (חובה לציין לצורך משלוח סיסמה לפתיחת הודעת דוא"ל)	

4. פרטים מזהים על מקום העבודה

מקום עבודה וכתובת	מס' טלפון בעבודה	פרטי תפקידך בעת הפגיעה
שכר החודשי הממוצע ב-12 החודשים האחרונים לעבודתך	תאריך הפסקת עבודתך	האם השתנה תפקידך מאז הוצאת הפוליסה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
האם חזרת לעבודה <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא פרטי מועד חזרתך, מספר שעות עבודתך ביום		

5. פרטים רפואיים

א. יש למלא במקרה שאי הכושר נגרם כתוצאה ממחלה

המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן	תאריך קבלת טיפול ראשון	תאריך אבחנת המחלה ועל ידי מי	האבחנה הרפואית
שם הרופא המטפל וכתובתו			

ב. יש למלא במקרה שאי הכושר נגרם כתוצאה מתאונה

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 בבית חולים?	האם טופלת על ידי רופאים בקשר למצב בריאותך הנוכחי ובכלל בשנתיים האחרונות?
<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא פרט:	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא פרט:
שם הרופא וכתובתו	תאריכי הטיפול

