

מס' תביעה (במידה שכבר נפתחה תביעה בחברתנו): _____

טופס הודעה על מקרה – אובדן כושר עבודה/נכות מתאונה

1. פרטי המבוטח

שם משפחה ופרטי	ת.ז	כתובת
מספר זהות	תאריך לידה	מספר טלפון בבית
מקצוע/עיסוק אחרון	שם קופ"ח	שם וכתובת סניף קופ"ח
		שם רופא משפחה
		טלפון נייד

2. פרטי מקום העבודה

שם מקום העבודה	כתובת מקום העבודה	מספר הטלפון בעבודה
תאר את תפקידך בשנתיים האחרונות	שכיר/עצמאי/גימלאי	פרט עיסוק נוסף (אם קיים)
שכר החודשי הממוצע ב- 12 החודשים האחרונים לעבודתך (צרף מסמכים – ראה עמ' אחרון)	תאריך הפסקת עבודתך (צרף מסמכים – ראה עמ' אחרון)	האם חזרת לעבודתך ? ☐ כן ☐ לא אם כן, נא ציין מספר שעות עבודה



רח' אפעל 35 קרית אריה, פתח תקווה 43511, טל: 03-5555555, פקס: 03-9144503

3. פרטים על אובדן כושר עבודתך/נכות צמיתה מתאונה
(סעיף א' – למלא במקרה של מחלה, סעיף ב' – במקרה של תאונה).

א. עקב מחלה

מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה?	תאריך אבחנת המחלה	השם המדויק של המחלה	שם הרופא המאבחן	תאריך קבלת טיפול ראשון
שמות הרופאים/המוסדות הרפואיים שאבחנו ו/או טיפלו בך בקשר למחלה הנ"ל וכתובתם				
שם: _____	כתובת: _____	טלפון: _____		
שם: _____	כתובת: _____	טלפון: _____		
שם: _____	כתובת: _____	טלפון: _____		
שם: _____	כתובת: _____	טלפון: _____		

ב. עקב תאונה

תאריך אירוע התאונה/פגיעה	שעת אירוע התאונה/הפגיעה	כתובת מקום אירוע התאונה/פגיעה
האם זו תאונת עבודה?		
האם זו תאונת דרכים? אם כן, מה שם המבטח ומספר רישוי של הרכב		
תאר נסיבות התאונה :		
שמות ופרטי עדים לתאונה		



ביטוח ישיר
בגלל המחיר. בזכות השירות
www.555.co.il
א.ד. אי. הנדסה לכיסוח בלרם

רח' אפעל 35 קרית אריה, פתח תקווה 43511, טל: 03-5555555, פקס: 03-9144503

4. פרטים נוספים

האם אושפזת/הינך מאושפז כעת בשל המחלה/פגיעה ? אם כן פרט ממתי והיכן :

האם נותחת או שהינך עומד להיות מנותח אם כן מתי והיכן ומהו הניתוח:

האם אתה מרותק למיטה או לביתך לפי הוראות רופא ?

האם סבלת לפני המחלה/הפגיעה הנוכחית ממום גופני כלשהו/נכות, או מחלה ממושכת ? אם כן, נא פרט וצרף תיעוד רפואי

האם הינך מבוסס בכיסוי אובדן כושר עבודה בחברת ביטוח אחרת ? אם כן נא פרט באילו חברות ומה גובה הכיסוי.

האם הינך מבוסס בכיסוי נכות מתאונה בחברת ביטוח אחרת ? אם כן נא פרט באילו חברות ומה גובה הכיסוי.

האם פנית או הינך מתכוון בתביעה למוסד לביטוח לאומי ו/או לגורם אחר (כגון משרד הביטחון) בגין מחלתך/פגיעתך? אם כן, נא פרט לאיזה גורם והאם ישנן קביעות לגבי תביעתך.

אני המבוטח/תובע _____ מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא הנכון וכי לא העלמתי מהחברה דבר הקשור עם התביעה הנוכחית וכי ובמקרה ויחזור אלי כושר עבודתי, אף במידה חלקית, הנני מתחייב להודיע על כך מיד לחברה וכן להחזיר לחברה פיצויים ששולמו לי לאחר שחזר אלי כושר עבודתי.

כמו כן, הריני מצהיר כי איני זכאי לקבל ואיני מקבל תשלום בגין אובדן כושר עבודה מכל חברת ביטוח ו/או קרן פנסיה ו/או כל גורם אחר והריני מתחייב לדווח אם אקבל בעתיד תשלום כנ"ל.
(* במידה שהינך מקבל/זכאי לקבל יש לציין זאת, לפרט ולצרף תיעוד רלוונטי).

חתימה

תאריך



רח' אפעל 35 קרית אריה, פתח תקווה 43511, טל: 03-5555555, פקס: 03-9144503

לטופס יש לצרף את המסמכים הבאים:

לתביעת אובדן כושר עבודה:

1. ויתור סודיות רפואית חתום על ידך - **מצ"ב**.
2. אישורים ופרוטוקולים מהמוסד לביטוח לאומי על אובדן כושר עבודה/נכות כללית/נכות מעבודה.
3. אישורי מחלה ואישור רופא תעסוקתי על אובדן כושר עבודה.
4. אישורי השתכרות:

- 4.1. **לעצמאי:** דו"ח שומה שנתי אחרון, אישור רו"ח על הכנסה שנתית לפני אובדן כושר עבודה, אישור מס הכנסה על הכנסה חייבת במס.
- 4.2. **לשכיר:** 12 תלושי שכר אחרונים לפני אובדן כושר עבודה או טופס 106 אחרון ואישור מעסיק על הפסקת עבודה בציון גובה השכר המשולם ע"י המעביד בתקופת אי הכושר, ציון מועד החזרה לעבודה אם חזר. במידה והמבוטח חזר לעבודה חלקית יש לציין באישור גם שיעור חלקיות המשרה והתקופה.
5. צילום המחאה ופרטי חן בנק בהם יעשה שימוש אם וכאשר תאושר התביעה לתשלום.
6. **במקרה של אובדן כושר עבודה עקב מחלה יש לצרף גם:** מסמכים רפואיים המתעדים את האבחנה הראשונה כולל תוצאות ביופסיות/בדיקות אחרות, סיכומי אשפוז ותעודות חדר מיון המתעדים את אבחון המחלה ופרטי הטיפול בה.

7. במקרה של אובדן כושר עבודה עקב תאונה יש לצרף גם:

- 7.1. מסמכים רפואיים מיום מקרה הביטוח המתעדים את נסיבות התאונה והפגיעה הרפואית (תעודת חדר מיון, דו"ח מד"א, סיכום אשפוז, סיכומי ניתוח וכו').
- 7.2. במקרה של תאונת דרכים - יש לצרף אישור משטרה.
- 7.3. אישור מוסד ממשלתי המעיד על נסיבות התאונה (למשל משרד הביטחון, משטרת ישראל וכו').

8. בתביעת אובדן כושר עבודה לפי פוליסה של משרד הביטחון יש לצרף גם:

- 8.1. אישור המשרד כי המבוטח נמנה על רשימות עובדי
- 8.2. דיווח נתוני פנסיה נכות/אובדן כושר עבודה של קרן מבטחים
- 8.3. פרוטוקול ועדה רפואית של מבטחים, החלטתה והמסמכים שהוצגו בה.

9. לתביעת נכות צמיתה מתאונה, יש לצרף:

- 9.1. ויתור סודיות רפואית חתום על ידך - **מצ"ב**
- 9.2. אישורים ופרוטוקולים מהמוסד לביטוח לאומי על אובדן כושר עבודה/נכות כללית/נכות מעבודה.
- 9.3. מסמכים רפואיים מיום מקרה הביטוח המתעדים את נסיבות התאונה והפגיעה הרפואית (תעודת חדר מיון, דו"ח מד"א, סיכום אשפוז, סיכומי ניתוח וכו').
- 9.4. במקרה של תאונת דרכים - יש לצרף אישור משטרה.
- 9.5. חוות דעת מטעם גורם רפואי (רופא מומחה או המוסד לביטוח לאומי) המעידה על שיעור הנכות הצמיתה. במקרה של קביעה מטעם המוסד לביטוח לאומי יש לצרף פרוטוקולים מלאים משיבות הוועדות הרפואיות.
- 9.6. צילום המחאה ופרטי חן בנק בהם יעשה שימוש אם וכאשר תאושר התביעה לתשלום.
- 9.7. אישור מוסד ממשלתי המעיד על נסיבות התאונה (למשל משרד הביטחון, משטרת ישראל וכו').

למען הסר ספק יצוין כי חוות דעת מומחה רפואי שתוצג ע"י התובע ו/או קביעה מטעם המוסד לביטוח לאומי בדבר נכות צמיתה אינן מחייבות את חברתנו לפי תנאי הפוליסה והקביעה הסופית בדבר קיומה של נכות צמיתה ושיעורה תהיה ע"י רופא מומחה מטעם החברה.

*** אין ברשימה המצ"ב כדי למנוע מהחברה להרחיב בירור חבותה ולדרוש לקבל לידיה אסמכתאות נוספות.**



רח' אפעל 35 קרית אריה, פתח תקווה 43511, טל: 03-5555555, פקס: 03-9144503

ויתור על סודיות רפואית

110703_0588

שם ומשפחה _____ כתובת _____
מס' הזהות _____ מס' אישי בצה"ל _____
שם קופ"ח וכתובת הסניף: _____

1. אני החתום מטה משחרר בזה כל מוסד, כל רופא, כל מעבדה רפואית, כל מוסד פסיכיאטרי וכל עובדיהם הרפואיים והאחרים מחובת שמירת סודיות רפואית כלפי "אי.די.איי. חברה לביטוח בע"מ" (שתקרא להלן – "אי.די.איי").

2. הריני נותן בזה רשות לכל המנויים לעיל – כולל הוועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי, תשלומים של המוסד לביטוח לאומי וכן מבטחים, משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, שלטונות צה"ל וכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה למסור ל"אי.די.איי" או לבאי כוחה – כולם ביחד וכל אחד לחוד – את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי בעבר או בהווה.

3. הריני מאשר לכל חברת ביטוח בה בוטחתי בעבר ו/או שאני מבטח בה כיום ו/או לכל מוסד אחר ו/או מקום עבודה להעביר ל"אי.די.איי" כל מידע ו/או מסמך לגבי תביעה ו/או פוליסת ביטוח כנדרש על ידה וכן את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי וכל מחלה שחליתי בה בעבר או בהווה.

4. הריני מאשר לכל מוסד ו/או מרפאה ו/או רופא שטיפל בי בתחום הנפש לרבות פסיכולוגים ו/או פסיכיאטרים להעביר ל"אי.די.איי" את כל הפרטים ו/או המסמכים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי הנפשי ועל כל מחלה שחליתי בה בעבר או בהווה לרבות פרטים על טיפול תרופתי שהומלץ לי ו/או שקיבלתי.

5. הריני מצהיר בזה כי לא תהיה לי כל תביעה או כל טענה מכל סוג שהוא כלפי המנויים לעיל בקשר למסירת הפרטים הנ"ל ל"אי.די.איי" או לבאי כוחה – כולם ביחד וכל אחד לחוד.

6. ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, באי כוחי עפ"י דין וכל מי שיבוא במקומי.

ולראיה באתי היום על החתום:

תאריך _____ חתימה _____

אישור

אני הח"מ _____ עו"ד מאשר כי החתימה דלעיל נעשתה בפני ולאחר שזיהיתי את החותם עפ"י ת.ז. ולאחר שהסברתי לו והוא הבין את תוכנו ומשמעותו של מסמך זה וחתם מרצונו החופשי והטוב.

תאריך: _____ חתימה וחותמת: _____



רח' אפעל 35 קרית אריה, פתח תקווה 43511, טל: 03-5555555, פקס: 03-9144503