

מה עלי לעשות

טרם הגשת התביעה, וודא שבדיר פולישה הכללת כיוסי לאובדן כושר עבודה. אם יש לך כיוסי לאובדן כושר עבודה, עליך למלא ולהעביר אליו במציאות הדואר את טופס הودעה ראשונה ל התביעה אובדן כושר עבודה, בחרף המסמכים המפורטים להלן, ולכתובה המופיע עלי גבי הטופס. בטופס עליך למלא את פרטי האישים ופרטים אודות מקרה הביטוח.

באם הנר מעוניין שטוק הביטוח הקבוע לפולישה יטפל בתביעתך יש למלא ולהחותם על פיסקת המינוי המיועדת לך בטופס התביעה.

מסמכים שיש לצרף

טופס הודעה ראשונה ל התביעה אובדן כושר עבודה, כולל טופס וטור סודיות רפואיים וככלית. לטופס יש לצרף:

- א. מלוא החומר הרפואי הרלוונטי ל מקרה הבתו כולל העתק מגילות אשפוז בבעלי חולמים, תוצאות בדיקות עור (כדוגמת צילומי רנטגן, MRI, C.T), ומכתב מנת רופא מקצועי מטפל.
- ב. 12 תלושי שכר אחרים, או אישור רופ"ח/שומה המעידים על הכנסת המבוטה בשנה שקדמה ל מקרה הביטוח.
- ג. במקורה של תאונת דרכים - אישור משטרת.
- ד. במקורה של תאונת עבודה - העתק מהמחלות המוסד לביטוח לאומי.
- ה. אישור מעמיד בו תז臣ת תקופת העדרות מעובוה (באם הון שכור).
- ו. צילום המאה מאבטלת לצורך ביצוע העברה בנקאית.
- ז. טופס 101 שהעתקנו מצל"ב או תיאום מס לשנת המס הנוכחית.

מה יקרה בהמשך

לאחר קבלת המסמכים שפורטו בסעיף "מה עלי לעשות בזמן התביעה" תיבדק על ידיינו זכאותך לכיסוי ביטוח, על פי תנאי הפולישה.

אם הכל ברור ותיקן

אנו נאשר זכאותך לכיסוי ביטוח על פי תנאי הפולישה ונשלם לך את סכום הפיצוי הראשון כמתוחיב מהפולישה מיד בתום תקופת המותנה כמפורט בערך פרטני הביטוח.

בהמשך, נעביר לך את הפיצוי החודשי מדי חודש, בהערכתה ישירה לחשבון הבנק שלך.

שם לב, כי תשלום הפיצוי/או השחרור מתשלום פרמיות הינו על בסיס חדש וכפוף לעדכנים רפואיים שתעביר לחברת מזמן בזמן בהתאם להנחיות החברה.

אם תדרשו בהירות כלשהן

יתכן ותדרש להציגו לחברת חומר נוסף מכל סוג שהוא.

במקרים מסוימים תידרש להיבדק ע"י רופא מקצועי מטעם החברה לצורך הערכת חבותה או המשך חבותה של החברה בנוגע ל התביעה. במקרים אלה תשלחו אלינו הודעה בכתב.

אם יתברר שאין לפיצוי אובדן כושר על פי הפולישה

הסיבה לך יכולת להיות, שאין עומד בהגדרת תאי אובדן הקשור על פי הפולישה שלך או לאורichert ההחרגות בפולישה. במקרים אלה תישלח אלינו הודעה בכתב.

لتשומת ליבך

אין בהגשת טופס התביעה כדי להאריך את תקופת התתיישנות הקבועה בחוק.

טלפון: 03-9412545 | דוא"ל: תאום@הראל.יל

טלפון: 03-9412545 | דוא"ל: תאום@הראל.יל

טלפון:

הודעה ראשונה לتبיעת אבדן כושר עבודה הודעת המבוקשת - התובע

הקפד למלא הטופס באופן מדויק ומלא.

נקשר להעביר אלינו טופס זה באמצעות סוכן הביטוח של

או ישירות לחברתנו לכטובת:

הראל ביטוח בע"מ, אגף תביעות בריאות וחימם, "בית הראל",

בא הלל 3, תל. 5211802, רמת גן 5211802.

מסמך זה מכיל מידע רגיסטר

1) פוליסות המבוקשת	(2)	(3)
--------------------	-----	-----

פרטיו המבוקש		
שם משפחה	שם פרטי	מו"ת. דוחות
כתובת	טלפון בית	טלפון נייד
תאריך לידה	מקצע/משלחת	כתובת מיל
שם רופא משפחתי	קופת חולים	
מקום עבודה אחרון: שם	כתובת	טלפון

פרטיו האישיים הנזכרים לעיל, אינם הפרטים הנוכחיים והמועדכנים ובאים למקום כל עדכון קודם.
הנני מורה בזאת להראל לעדכן את פרטי האישים בכל רישומיה, בהתאם בהתחשב במידע המעודכן שמסרטתי לעיל.
מצ"ב העתק תז. הכללת פרטי כתובתי המעודכנים.

תאריך:
חתימת המבוקש: / /

לידעה - במידה ולא אישר עדכון הפרטים / או לא אצרף העתק תז., תעשה הראל שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנוכחית.

פרטים על עבודה לפני אי כושר עבודה	
1. האם שניתאת המכצע/העיסוק מאז הוצאה הפוליסה הנ"ל? <input type="checkbox"/> לא / <input checked="" type="checkbox"/> כן	אם כן, נא פרט את המכצע החדש מתי התחלה לעבוד בו פרט את שם המעסק: מתי עבדת לאחרונה בעבודתך הרגילה: מסור תיאור מפורט על בעבודתך עבר הנקות
2. משכורת/הכנסה:	עצמאית/שכר ממשכורת לא קבועה פרט את הכנסתך ב-2 חודשים האחרונים שקדמו לאי כושר העבודה: ■ לשנה ■ לשנה נא צרף 21 תלושי שכר לשנה שקדמה לפגיעה

פרטים על מקרה הנוכחי	
1. הנכות נגרמה על ידי: <input type="checkbox"/> מחלת <input type="checkbox"/> תאונה עבודה <input type="checkbox"/> תאונה דרכים <input type="checkbox"/> תאונה אחרת. נא פרט	2. מתי קرتה התאונת או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלת? תאריך הפסקת עבודה
3. נא פרט את מהלך, נסיבות ונסיבות התאונת/המחלה	4. נא פרט את הביעות הרפואיות מהן אתה סובל
5. מי הם הרופאים או המוסדות הרפואיים שטיפולו בר בקשר לנכות זו? נא לפרט שם וכתובת	6. האם הייתה או אתה עדין מאושפז בבית חולים/בית החולים? <input type="checkbox"/> לא / <input checked="" type="checkbox"/> כן, אם כן, היכן
7. האם אתה מרוטק למיטה או לבייך על פי הוראות הרופא? <input type="checkbox"/> לא / <input checked="" type="checkbox"/> כן, אם כן, פרט	

1. האם שבת למקום העבודה או לעיסוקך מАЗ קرتה התאונה או מАЗ תחילת המחלת? לא / כן

אם כן, מתי ובאיזה היקף?

2. האם אתה עוסק עכשווי באיזו עבודה למען שכר או תגמול? לא / כן, אם כן, מהו?

מהי הכנסותך החודשיות הנוכחיות?

3. האם תוכל לפי דעתך לשוב לעבודתך הקודמת או לעיסוקך הקודם טרם קרות התאונה? כן / לא

אם לא, מדוע?

אם כן, מתי?

4. האם אתה מסוגל לעבודה כלשהי? לא / כן, איזה סוג של עבודה?

ביטוחים ותשומות נוספים

אם אתה מקבל או זכאי לקבל תשומות חדשים בזkan אי כושר העבודה מאת:

		הגורם המשלים		זכויות לפיצוי	למשך זמן	סכום חדש	כן	לא
חברת ביטוח אחרת								
קרן פנסיה								
ביטוח תאונות ו/או מחלות								
ביטוח לאומי								
המעסיק								
מקור אחר								

הצהרת המבוטה

מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלהתי מהחברה דבר הקשור עם התביעה הנוכחיות.

הנני ממנה את סוכן הביטוח מר/גב' לטפל בשמי ועובדיו בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבול מ"הראל" את כל התכתבות ו/או הנמסכים הקשורים לתביעה ולשימוש כל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו בלבד.

חתימה



שם + שם משפחה

תאריך

2. אני המבוטח / התובע מבקש לאור כל האמור לעיל לשלם לו/لتובע:
 פיצוי חדשני
 לשחרר את הפולישה מתשולם פרמיות

חתימה



תאריך

מקום

במידה ותאשר תביעתך יבוצע תשלום הפיצוי החודשי יישורות בהפקדה לחשבון הבנק שלך.
 לשם כך נא ציין את פרטי חשבונך הבנק לתשולם וכן צרף שיק מבוטל לוידוא הפרטים.

מספר חשבון

שם/כתובת הסניף

שם הבנק

מסמכים מצורפים

- מסמכים רפואיים מתחילת אי כושר העבודה.
 הוכחה על הכנסה בשנה שקדמה לתביעה:
 עצמאו: תקציר שומה לרבות דוח רוח והפסד.
 שכיר: תלושי שכר או טופס 106.
 שיק מבוטל.
 תיאום מס או טופס 101.*.

* מבלי להודיעות בחבות, במידה ותביעת תאשור ותשולם, יונכה מס מרבי לפי חוק בהעדר טופס 101 / או תיאום מס לשנת המס הנוכחית.

פסקת התבישנות

בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח והפוליטה שברשותך, תקופת התבישנות להגשת התביעהינה תקופה בת שלוש שנים המתחילה במועד קידום מקרה הביטוח. (למעט הסר ספק, ככל שמדובר במקרה מתחדש, כגון בתביעה אי כושר עבודה יחל מןן שלוש השנים מידי יום בីומו וכל עוד מתקיים מקרה הביטוח, ביחס לאותו היום).
 ככל, הגשת התביעה לחברתאינה עוצרת את מרווח התבישנות ורק הגשת התביעה לבית משפט עוצרת את מרווח התבישנות.

הסכם לשימוש בדוא"ל

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק / או הpolloisaות שיש לי בקבוצת הראל, נדרש החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע / או מסמך בכתב, תהיה לחברתא או למי מטעמה אפשרות להעביר אליו את המידע / או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שנרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות. לפיכך, אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.



חתימה

מספר זהות

שם + שם משפחה

תאריך

טופס ויתור על סודיות רפואית וככלית

הטופס מיועד לנשים וגברים אחד.
נא הCPF למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

A פרטי מבוטה

שם האב	שם משפחה
רחוב	מספר עיר מיקוד סל.
מ.ת. זהות שם פרטי	
אני הח"מ נותן בה רשות לכלרופא או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רפואי, עובדיין או מי מטענן או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי או לכל עובד בתחום הסוציאלי או הסיעודי ולמשרד הביטחון על כל שירותו ו/או שליטנות צבא הגנה לישראל על כל רפואי והועדות הרפואיות, המרכז לבירות הנפש וכן קופת חולים, בית חולים, המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקות ובכלל זה מחלקת השיקום, השירות הפיסיולוגי ושירות התעסוקה או האגודה למען שירותי בריאות הציבור - סיעוד או אדם אחר כלשהו (להלן: "נותני השירותים") למסור לחברת הראל לביטוח בע"מ או מי מטעמה (להלן: "ה牒קשיים") את כל המידע ללא יציאה מהכלל, בין בכתב ובין בעל פה, באופן שידרשו המבקש, על מנת הבריאות או הפיזית, לרבות מידע הנוגע לטיפולים, בדיקות ואבחנות רפואיות, וכן מהביקורת הנפשית, לרבות מידע הנוגע לטיפולים, בדיקות ואבחנות פסיכולוגיות או פסיכיאטריות או מצבי הסוציאלי או מצבי הסיעודי או השיקומי או השיקומי מוסדי או רפואי או מושך תוצאות דרכים או תאונת עבודה או כל מחלת שהלתי בה בעבר או שהני חוללה בה בעת. כמו כן, אני נתן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות למסור חומר או מידע המתיחס לביטוחים כללים מחלות האידס ותבניות מכל סוג או לתאות קדומות או לאוואהות שعبירתי, כולל מצב התביעה, סכום הסיכון ומועדו וכל מידע נוגע למצבי הרפוא. אני משחרר בזאת את כל המוסדות לרבות חברות הביטוח, קופות החולים או כל רפואי מושך או כל עובד מעובדיין או כל מוסד ממוסדותיהן כולל בתים חולים או שיקומיים או שיקומי מוסדיותין, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות או השיקומי או הסוציאלי או הסיעודי ומתר להם בזאת מוקן כל מידע מכל תיק שנפתחה עלשמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן, לרבות המוסד לביטוח לאומי כל מידע על התשלומים שהמודד לביטוח לאומי שלם ומשלם לו.	
הנני מודעת על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהינה לי אל כל המוסדות לרבות קופת החולים או למי רפואי או עובדיין או מי מטענן או גותני השירות שלן, כל טענה או תביעה מסווג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור סודיות זה.	
בנוסף, הריני מאשר להראל חברה לביטוח להעביר מידע רפואי בעניין לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות וליעץ הביטוח של קולקטיב הביטוח (במידה וקיים).	
בקשתי זו פה גם לפיה גם לפקח הגנת הפרטויות התשכ"א-1981 והוא חלה על כל מידע רפואי במגורי המודיע ש כל המוסדות והאנשים המוניים על נותני השירותים שיפורטו לעיל.	

B פרטיים נוספים

שם איש בצה"ל	שם קופ"ח קודמת	שם סניף
--------------	----------------	---------

C שמות נותני השירותים

רופאים	מכנים / מעבדות
1.	
2.	
3.	
4.	

D יפי כח (ע"י המבוטה או בא כוח)

הריני מיפה את כוחו של נציג הראל חברה לביטוח לקבל/למסור את המידע הרפואי ככל מידע משרד הפנים לעיל.	
חתימת המבוטה	שם פרטי+שם משפחה
*במקרה של קטן או חסוי יחתום על המסמך האפוטרופוס החוק. במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס - יש לצרפו.	
חתימה	תאריך
הידועה לי באופן אישי, או שאת זהותה/ה קבעתי לפי דרכון או תעודת זהות מס' _____ שהוצאה ביום _____ על ידי _____.	
חתימת העצם	שם העצם (שאינו בן משפחה)