

אגף תביעות

בית הראל, אבא הלל 3, ת.ד. 1951.
 רמת גן 52118
 טל': 03-7547010
 פקס: 03-7547910
 3876

**תביעת אי כושר עבודה**

1. על מנת לטפל במהירות וביעילות בתביעתך, נבקשך להעביר אלינו טופס זה מלא על כל פרטיו באמצעות סוכן הביטוח שלך או ישירות לחברתנו, לכתובת המופיעה בראש הטופס.

2. **לטופס זה יש לצרף:**

2.1 אישורים רפואיים
 תעודת מחלה, סיכומי מחלה מבתי חולים, אישורים וחוות דעת מרופאים, אישורים מהמוסד לביטוח לאומי ועותקי פרוטוקולים מהדיונים והחלטות הועדה הרפואית.

2.2 אישורים על שכר/תקופת עבודה
 עצמאי - אישור רואה חשבון על הכנסה בשנה אחרונה לפני אובדן כושר העבודה.
 שכיר - 12 תלושי שכר אחרונים לפני אובדן כושר עבודה, אישור מהמעביד על מועד הפסקת העבודה.

א. פרטים כלליים:

פוליסה לביטוח חיים / גימלא מס' _____
 בעל פוליסה: _____ המבוטח: _____
 פוליסה לביטוח בריאות: _____
 כתובת המבוטח/ת: _____ רחוב: _____ מספר: _____ עיר: _____ מיקוד: _____
 מס' טלפון בבית: _____ מס' טלפון נוסף/נייד: _____

ב. פרטים נוספים על המבוטח/ת:

1. תאריך הלידה _____
 2. מקצוע/משלח יד _____
 3. שם מקום העבודה _____
 כתובת מקום העבודה רחוב: _____ מספר: _____ עיר: _____ מיקוד: _____
 4. העיסוק לפני קרות התאונה _____
 5. אם שיניית את המקצוע/משלח יד/העיסוק מאז הוצאת הפוליסה הנ"ל, מסור כאן פרטים על כך (המקצוע החדש ומאימתי התחלת לעבוד בו)

ג. פרטים על עבודה לפני אי כושר עבודה:

1. מתי עבדת לאחרונה בעבודתך הרגילה? אצל איזה מעביד?

2. מסור תאור מפורט על עבודתך ערב הנכות

3. משכורת / הכנסה

שכיר
 מה היתה משכורתך החודשית
 האחרונה לפני תחילת
 אי כושר העבודה?
 * ש"ח לחודש

נא לצרף תלוש שכר

עצמאי
 (או שכיר במשמרת לא קבועה)
 מה היתה הכנסתך ב- 12 החודשים
 האחרונים שקדמו לאי כושר העבודה?
 * לשנה ש"ח
 * לחודש ש"ח

נא לצרף הצהרת רו"ח

ד. פרטים על מקרה הנכות

1. האם הנכות נגרמה על ידי תאונה או מחלה?

2. מתי קרתה התאונה או מתי הופיעו לראשונה סימני מחלה? תאריך:

3. פרטים על הסיבות ותוצאות התאונה?

4. מי הם הרופאים או המוסדות הרפואיים שטיפלו בך בקשר לנכות זו?

1.

2.

3.

5. האם אתה עדיין מאושפז בבית חולים / בית החלמה? לא / כן אם כן, נא פרט

6. האם אתה מרותק למיטה או לביתך ל פי הוראות הרופא?

ה. פרטים על עבודה לאחר תחילת אי כושר העבודה

1. האם ישנן למקרה וניודתך או לניידותך מינוי הרבה התאונה או מינוי התאונה במקרה?

1. האם שבנו למקום עבודתך או לעיסוקך מאז קודמו התאונה או מאז חזרתך למעמך?

לא / כן אם כן, מתי זה היה?

2. האם אתה עוסק עכשיו באיזו עבודה למען שכר או תגמול?

לא / כן אם כן, מהי?

ומהי ההכנסה החודשית?

3. האם תוכל לפי דעתך לשוב לעבודתך שעבדת בה או לעיסוקך שעסקת בו טרם קרות התאונה?

לא / כן אם לא, מדוע?

אם כן מתי?

4. האם אתה מסוגל לעבודה כלשהי?

לא / כן אם כן, איזה סוג עבודה?

5. האם אתה חושב שהעבודה האחרת או העיסוק השונה (לפי שאלה 4) איננה מתאימה לך?

לא / כן אם כן, מדוע?

1. ביטוחים ותשלומים נוספים

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

<u>יש זכויות לתשלום חודשי</u>		<u>הסכום המשולם</u>	
<u>למשך זמן</u>	<u>הסכום</u>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> לא / <input type="radio"/> כן	המעביד
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> לא / <input type="radio"/> כן	קרן פנסיה
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> לא / <input type="radio"/> כן	חברת ביטוח אחרת
<input type="text"/>	<input type="text"/>		איזה?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> לא / <input type="radio"/> כן	ביטוח תאונות ו/או מחלות
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> לא / <input type="radio"/> כן	ביטוח כנפגע צד שלישי
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> לא / <input type="radio"/> כן	ביטוח לאומי
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> לא / <input type="radio"/> כן	מקור אחר
<input type="text"/>	<input type="text"/>		איזה?

ז.

1. אני (המבוטח) _____ מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא הנכון, וכי לא העלמתי מהחברה דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.

2. אני המבוטח / התובע מבקש לאור כל האמור לעיל לשלם לי / לתובע:

1. פיצוי חודשי.

2. לשחרר את הפוליסה/ות מתשלום פרמיות.

מקום
 תאריך
 שם החותם
 חתימה

הדפס