שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	**מספר פוליסה**

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

דף הנחיות לטופס 619
הגשת תביעה - אובדן כושר עבודה

מבוטח יקר,

בכל מקרה של הגשת תביעה לאובדן כושר עבודה חשוב לפנות למחלקת תביעות חיים במגדל ולמלא אחר ההנחיות שלהלן:

בשלב הראשון:

עליך למלא את כל הפרטים המבוקשים ולהעביר אלינו טופס תביעה מסוג אובדן כושר עבודה (מצ"ב).

לטופס זה יש לצרף את המסמכים הבאים:

1. טופס "הגשת תביעה - אובדן כושר עבודה".
2. אישורים רפואיים מרופא מומחה בתחום הרלוונטי לפגיעה/מחלה וסיכומי אשפוז אם ישנם המעידים על אובדן הכושר.
3. פרוטוקול והחלטות המוסד לביטוח לאומי ככל שהוגשה אליו תביעה.
4. אישורי הכנסה:
   - **מבוטח שכיר** - יש לצרף 12 תלושי שכר אחרונים לפני קרות מקרה הביטוח, וככל שחזרת לעבוד באופן מלא או חלקי, תלושי שכר מיום חזרתך למעגל העבודה.
   - **מבוטח עצמאי** - יש לצרף אישור רואה חשבון על הכנסה שנתית החייבת במס או דו"ח שומה לשנה שקדמה למקרה הביטוח, וכן אישור רואה חשבון על הכנסותיך לאחר מקרה הביטוח, ככל שקיימות הכנסות כאמור.
   - **מבוטח שמקבל קצבה מגורמים אחרים** - יש לצרף אישור על גובה הקצבה והתקופה שאושרה.
5. תגמולי הביטוח משולמים באמצעות הפקדה לחשבון הבנק בלבד.
6. טופס "ויתור על סודיות רפואית" חתום, כולל סעיף "עד לחתימה" (מצ"ב) (עד לחתימה יכול להיות - עו"ד/ רופא/ אחות/ עובד סוציאלי/ פסיכולוג/ סוכן הביטוח בצירוף חותמת הסוכן ולא חותמת סוכנות הביטוח או תצלום רישיון סוכן תקף)(מצ"ב).
   * עד לחתימה נדרש על פי חוזר משרד הבריאות 15/2003 מתאריך 9.3.2003.
7. טופס 101 (מצ"ב).

<u>מה יקרה בהמשך:</u>

לאחר קבלת הטופס והמסמכים שהתבקשו תיבחן על ידנו זכאותך לכיסוי ביטוחי, בכפוף לתנאי הפוליסה והגדרותיה.

- **אם הכול ברור ותקין** - נבחן זכאותך לתשלום תגמולי ביטוח בגין אובדן כושר עבודה בהתאם לתנאי הפוליסה.
- **אם תידרשנה הבהרות כלשהן -** לאחר הגשת המסמכים שצוינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים נוספים, מסמכים רפואיים ומסמכים אחרים, לפי הצורך.
- **אם יתברר שאין זכאות לתשלום תגמולי ביטוח על פי תנאי הפוליסה** תישלח אליך הודעה עם פירוט הסיבה בגינה אינך זכאי לתגמולי ביטוח, וזאת לאחר שיהיו בידינו מלוא המסמכים והפרטים הנדרשים לבירור החבות.

(מהדורה 06.2025)

1055

כל הדרכים ליצור איתנו קשר

migdal.co.il

באפליקציית מגדל
App Store / Google Play

סוכן הביטוח
שלך

054-9201028
Whatsapp

03-9201010
מוקד טלפוני

כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד 3063 קרית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106

שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	**מספר פוליסה**

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

דף הנחיות לטופס 619

הגשת תביעה - אובדן כושר עבודה - המשך

<u>אופן הגשת התביעה:</u>

באפשרותך לנהל את תביעתך באמצעות שירות "הגשת תביעה Online" באתר החברה בכתובת www.migdal.co.il או דרך אפליקציית מגדל בנייד.

שירות "הגשת תביעה Online" מאפשר לך להגיש תביעה, להעלות מסמכים חסרים ולצפות בסטטוס הטיפול בתביעה בכל זמן ובכל מקום.

השלמת מסמכים חסרים ניתן לשלוח גם באמצעות **SMS** עם המילה **"תביעות"** לטלפון נייד שמספרו: **055-7000113**.

למידע נוסף ניתן לפנות למוקד התביעות בטלפון 076-8865871 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00.

ניתן גם להגיש את טופס התביעה והמסמכים המבוקשים מעלה באחת מהאפשרויות הבאות:

- **באמצעות סוכן הביטוח**
- **באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה מטה עבור: מחלקת תביעות חיים**
- **לתיבת דואר אלקטרוני: haimtviot@migdal.co.il**

לידיעתך, טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאות לתשלום כלשהו ואין בהגשת טופס התביעה כדי להאריך את תקופת ההתיישנות הקבועה בחוק.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה

בברכה,
מחלקת תביעות חיים

(מהדורה 06.2025)

שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	**מספר פוליסה**

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

הגשת תביעה - אובדן כושר עבודה

טופס מספר **619**

א. פרטי המבוטח

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה

יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד

דואר אלקטרוני	מספר טלפון	מספר טלפון נייד

שם הרופאים המטפלים / טיפלו שלא באמצעות קופת החולים	שם קופת חולים
	☐ כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת

ב. אופן קבלת הודעות ומסמכים יש לבחור מטה את דרך יצירת הקשר עימך, לפי הפרטים שציינת לעיל

☐ **דואר אלקטרוני* (יש למלא גם מספר טלפון נייד)**

☐ **דואר ישראל**

*** הודעות החברה ישלחו אליך בנוסף גם בדואר ישראל.**

בהעדר תשובה, הודעות החברה ישלחו אליך בהתאם להוראות במערכת הכללים המצורפת לטופס זה.

*** הצהרה למבקשים לקבל הודעות בדואר אלקטרוני:**

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי במגדל חברה לביטוח בע"מ, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שנרשמה על ידי בטופס זה, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.

1. למבקשים לעדכן את פרטי ההתקשרות המופיעים בסעיף א' בכל מערכות החברה ☐ **יש לסמן ולצרף תצלום תעודת זהות כולל ספח**

ידוע לי והנני מאשר כי הפרטים שיעודכנו ישמשו את ה"חברה" (מגדל חברה לביטוח בע"מ ומגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ) לצורך יצירת קשר עמך ביחס לכלל מוצרי הביטוח ו/או קופות הגמל שיש ברשותך בחברה.

2. אישור למשלוח מסמכים ומידע לסוכן הביטוח בדבר תביעה זו. ☐ יש לסמן ולרשום את שם הסוכן _____ מס' סוכן _____

הריני מאשר בזאת למגדל חברה לביטוח בע"מ (להלן - "מגדל") לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח ששמו רשום מעלה את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם תביעה זו ו/או מידע רפואי שנודע למגדל אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי "מגדל" בכל הנוגע להעברת המיידעים ו/או המסמכים, לרבות המידע הרפואי לסוכן הביטוח ו/או באמצעותו. **ככל שלא תמנה את הסוכן שלך לטפל בשמך בתביעה לפי סעיף זה, הוא לא יוכל לקבל מידע הקשור בתביעה זו.**

הריני מאשר בזאת כי העתקי התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה, לרבות פירוט הפוליסות שבהן הנני מבוטח ב"מגדל" (שאינן בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שלי, שהנני מייפה את כוחו בהסכמתי זו, הינו הסוכן המטפל בהן), יועברו בכל מקרה לסוכן הביטוח שלי בפוליסה.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	מספר תעודת זהות	חתימה ★

ג. פרטי האירוע / מצב בריאות

1. אובדן כושר העבודה הנטען נגרם עקב: ☐ מחלה ☐ תאונת דרכים ☐ תאונת עבודה ☐ תאונה אחרת, פרט: _____
2. מתי קרתה התאונה או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה? _____
3. נא פרט על מהלך הסיבות והתוצאות של התאונה / מחלה? _____
4. האם הינך עדיין מאושפז בבית חולים / בית החלמה אחר? ☐ לא ☐ כן, פרט: _____
5. מי הם הרופאים או המוסדות שטיפלו בך בעקבות ארוע זה? _____
6. מתי עבדת לאחרונה בעבודתך הרגילה? אצל איזה מעסיק? מתי הפסקת לעבוד בפועל גם אם שולמו לך ימי מחלה? _____
7. האם שבת למקום עבודתך או לעיסוקך מאז קרתה התאונה או מאז התחילה המחלה? ☐ לא ☐ כן.
   במידה והתשובה הינה כן - אנא מלא את תאריך חזרתך לעבודה: _____
8. האם הינך מסוגל לעבודה כלשהי? ☐ לא ☐ כן, פרט את סוג העבודה: _____

(מהדורה 06.2025)

1055

שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	**מספר פוליסה**

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

ג. פרטי האירוע / מצב בריאות - המשך

9. האם הינך עוסק כעת בעבודה כל שהיא למען שכר או תגמול? ☐לא ☐כן, נא פרט היקף משרה: _____

נא פרט את הכנסתך החודשית ברוטו: _____

10. האם תוכל לדעתך לשוב לעבודתך או לעיסוקך טרם קרות האירוע? ☐לא ☐כן, פרט מדוע: _____

_____

ד. פרטים נוספים על המבוטח / תעסוקה

האם שינית את המקצוע / משלח יד / העיסוק מאז הוצאת הפוליסה הנ"ל? ☐לא ☐כן, נא פרט: _____

עיסוקך האחרון טרם קרות האירוע: _____

עיסוקים קודמים במהלך שלוש השנים האחרונות: _____

מקום עבודה: _____ מקצוע: _____

סטטוס העסקה ☐שכיר ☐בעלים ☐שותף בעסק

האם הנך עוסק בניהול: ☐כן ☐לא, ככל שהתשובה חיובית יש לענות על השאלות הבאות:

כמה עובדים יש בעסק? _____

כמה עובדים תחת אחריותך / פיקוחך? _____

האם הנך עוסק בהדרכה / פיקוח / ניהול: ☐כן ☐לא, ככל שהתשובה חיובית יש לענות על השאלות הבאות:

האם הנך עוסק במגעים עם ספקים? ☐כן ☐לא,

האם הנך עוסק במגעים עם לקוחות? ☐כן ☐לא,

האם הנך מטפל בכספים? ☐כן ☐לא,

האם הנך עובד פיסית? ☐כן ☐לא, תאר במדוייק את פעולותיך ומשך הפעולות במהלך יום העבודה: _____

_____

_____

_____

האם תוכל לדעתך לעבוד בעבודה אחרת או בעיסוק שונה? ☐לא ☐כן, פרט: _____

האם ברשותך ביטוחים אחרים כגון: נכות מתאונה או תאונות אישיות בחברות ביטוח אחרות? ☐לא ☐כן, פרט: _____

_____

האם הנך מבוטח בביטוח נוסף לאובדן כושר עבודה או פנסיית נכות בחברת ביטוח או בקרן פנסיה אחרת? ☐לא ☐כן, פרט: _____

האם הנך מקבל או קיבלת תשלומים חודשיים בגין אובדן הכושר לעבודה או בגין הפנסיה שמקורם במעסיק, חברת הביטוח, קרן הפנסיה, ביטוח לאומי, צה"ל/משרד הביטחון וכו'

☐לא ☐כן, פרט מקור התשלום: _____ הסכום החודשי: _____ תקופת התשלום: _____

האם הגשת תביעה בגין האירוע למוסד לביטוח לאומי? ☐לא ☐כן,/או לכל גורם אחר? ☐לא ☐כן, פרט: _____

האם הגשת תביעה בגין האירוע לגורם נוסף בחברת מגדל? ☐לא ☐כן, מספר התביעה: _____ באיזו מחלקה? _____

(מהדורה 06.2025)

1055

שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	**מספר פוליסה**

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

ה. אופן תשלום התביעה

תגמולי הביטוח משולמים באמצעות הפקדה לחשבון הבנק.

במידה והתביעה תאושר, אני מבקש לזכות את חשבוני בבנק שפרטיו להלן בגין תגמולי הביטוח.

ת"ז בעל החשבון	שם בעל החשבון	שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר החשבון

אני מאשר מצהיר ומתחייב כדלקמן:

1. כל הנתונים שמסרתי לכם לגבי העברה הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על ידי.
2. אני מצהיר בזאת שהחשבון הוא על שמי ו/או משותף לי ולבן/בת זוגי.
3. ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי ועל אחריותי בלבד.
4. אני מוותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
5. ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.
6. ידוע לי ואני מורה לחברה כי לצורך טיפול בבקשתי לקבלת תשלום לטובתי, תפנה החברה לבנק הרלוונטי (להלן: "**הבנק**"), באמצעות מרכז סליקה בנקאי (מס"ב), לאימות ובדיקת תקינות כל פרטי חשבון הבנק שמסרתי לחברה, לרבות שם מלא, מספר זיהוי ומספר חשבון בנק, וזאת על מנת לוודא כי הכספים יועברו לחשבוני (להלן: "**הליך האימות**"). הנני מאשר לבנק באמצעות מס"ב להשיב לבקשת האימות לעיל, ובכך הנני מוותר על חובת הסודיות שהבנק ו/או החברה חייבים כלפיי תוך ויתור על כל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה כלפי הבנק ו/או מס"ב ו/או החברה, בנוגע להליך האימות, כאמור. ידוע לי ואני מסכים כי תיעוד הליך האימות יישמר במאגרי המידע של החברה. עוד ידוע לי כי הנני רשאי לחזור בי מהסכמתי דלעיל, באמצעות פניה לחברה, ובלבד שהבקשה לאימות טרם נשלחה למס"ב.

חתימה ★

ו. הצהרות המבוטח

אני הח"מ מצהיר ומתחייב כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה הנוכחית ועם כל הנשאל בטופס זה.

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות: ידוע לי כי המידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור (ביחד להלן: "המידע") יישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן (ביחד להלן: "קבוצת מגדל") ו/או ישותף ביניהם, ויעובד בהתאם לשימושים המנויים במדיניות הפרטיות שנזכרת להלן, לרבות בכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות של פוליסות, תוכניות ו/או מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין.
אני מאשר שהמידע נמסר מרצוני ובהסכמתי ולא חלה עלי חובה חוקית למסור אותו. כמו כן, ידוע לי כי אי מסירת המידע תמנע מקבוצת מגדל את היכולת לספק לי את השירותים באופן מיטבי.
אני מאשר כי המידע יועבר לצדדים שלישיים לצורך המטרות הנ"ל, לרבות לסוכני ביטוח, בעלי רישיון, ספקים, מבטחי משנה, גורמים מתפעלים ונותני שירותים.
ידוע לי כי בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981, הנני רשאי לעיין במידע שמנוהל לגביי, וכי יש לי את הזכות לבקש את תיקונו אם נמצא כי אינו שלם או מעודכן.
בבקשה למימוש זכות העיון, ניתן לפנות למוקד קשרי הלקוחות באמצעות טלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני mokedbi@migdal.co.il.
מדיניות הגנת הפרטיות זמינה עבורך בכתובת https://www.migdal.co.il/support/privacy-and-data-security או באפליקציית מגדל.

ידוע לי כי עליי להודיע לחברה על כל שינוי במצבי הרפואי ו/או התעסוקתי, לרבות חזרה לעבודה בעיסוק ובהיקף משרה כלשהם.

תאריך | שם פרטי | שם משפחה | מספר ת.ז.

חתימה ★

(מהדורה 06.2025)

1055

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס **בעט בלבד** ולא בעיפרון

ויתור על סודיות רפואית וכללית

א. פרטי המצהיר והצהרת ויתור סודיות

אני הח"מ:

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם האב

רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	יישוב	מיקוד	מספר טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או רופא ו/או מוסד רפואי לרבות בתי חולים ומרפאות לבריאות הנפש ובכלל זה המרכז לבריאות הנפש "גהה", קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון לרבות השתלשלות פרופיל ו/או שירות בתי הסוהר – אישי ורפואי ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות, פירוט בתי ספר והשגי בלימודים ו/או למשרד הפנים ו/או למשרד העלייה ו/או למשרד הקליטה ו/או למנהל האוכלוסין ו/או משטרת הגבולות תעודת בירור פרטים על נוסע - כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד הבריאות לרבות היחידה לקנאביס רפואי ו/או למכוני גמילה ו/או לשכות הבריאות – כרטיס טיפת חלב ו/או בתי אבות ו/או לעיריות לרבות לשכות הרווחה ו/או למכון לבטיחות בדרכים ו/או למור- המכון למידע רפואי בע"מ /מכון מ.א.ר ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לכל עובד במוסדות המנהלים קרנות פנסיה (לרבות עמיתים, מקפת ומבטחים קרנות פנסיה בע"מ) ו/או למשרד התעסוקה ו/או לכל חברות הביטוח למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") ו/או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע, את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או פסיכולוגי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות מידע בגין תביעות מכל סוג ו/או תאונות עבודה ו/או תאונות דרכים ו/או קודמות ו/או מאוחרות כולל תשלומים, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, לרבות מכון מור ו/או בי"ח גהה ו/או מרפאות לבריאות הנפש ו/או את כל משרדי הממשלה המפורטים לעיל, חברות הביטוח והמוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הגנטי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי כולל חומר המצוי במחשבי מאגר המידע אצל נותני השירותים שפורטו להלן, כולל תיק תביעה מלא, לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי, לרבות מידע ממחלקת רציפות ביטוח במל"ל.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

ידוע לי כי המידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור (ביחד להלן: "המידע") יישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן (ביחד להלן: "קבוצת מגדל") ו/או ישותף ביניהם, ויעובד בהתאם לשימושים המנויים במדיניות הפרטיות שנזכרת להלן, לרבות בכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות של פוליסות, תוכניות ו/או מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיווח ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין.

אני מאשר שהמידע נמסר מרצוני ובהסכמתי ולא חלה עלי חובה חוקית למסור אותו. כמו כן, ידוע לי כי אי מסירת המידע תמנע מקבוצת מגדל את היכולת לספק לי את השירותים באופן מיטבי.

אני מאשר כי המידע יועבר לצדדים שלישיים לצורך המטרות הנ"ל, לרבות לסוכני ביטוח, בעלי רישיון, ספקים, מבטחי משנה, גורמים מתפעלים ונותני שירותים.

ידוע לי כי בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א- 1981, הנני רשאי לעיין במידע שמנוהל לגביי, וכי יש לי את הזכות לבקש את תיקונו אם נמצא כי אינו שלם או מעודכן.

בבקשה למימוש זכות העיון, ניתן לפנות למוקד קשרי הלקוחות באמצעות טלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני mokedel@migdal.co.il.

מדיניות הגנת הפרטיות זמינה עבורך בכתובת https://www.migdal.co.il/support/privacy-and-data-security או באפליקציית מגדל.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד

פרטים נוספים

שם קופת חולים	סניף	מספר חבר	מספר אישי בצה"ל	שם קופת חולים קודמת

שמות נותני השירותים לרבות רופאים, מכונים, מעבדות, בתי ספר, גנים			
.1	.2	.3	.4

ב. במקרה של קטין

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה	כתובת	חתימת האפוטרופוס
					★
					★

ג. ייפוי כוח

הריני מייפה את כוחו של נציג משרד עו"ד _____ או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעם חברתנו, לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

תאריך

חתימה
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס) ★

1156

ד. עד לחתימה

אני הח"מ מאשר כי בתאריך _____ **הופיע בפני המבוטח** _____ **(שם+ת.ז) וחתם על מסמך זה.**

עד לחתימה יכול להיות - סוכן ביטוח / עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / סוכן הביטוח בצירוף חותמת הסוכן ולא חותמת סוכנות הביטוח - <u>כולל צילום רישיון</u> סוכן.

תאריך		**שם העד לחתימה**		**מספר זהות**		**חתימת העד וחותמת כוללת מספר רישיון** ★	

ה. חתימת המבוטח

תאריך		**שם פרטי ושם משפחה**		**מספר זהות**		**חתימת המבוטח** ★	

1156

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
מעסיקים
סניף_____

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
	מס' זהות סוג המסמך **0** דפים

לכבוד

_____

_____

_____

פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה/אובדן כושר לאישה נשואה
מחודש ___ עד חודש ___ לשנת _____

1 פרטי המבקשת

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

כתובת

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:
		_____@_____

❑ אני מסרבת לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

2 הצהרה

אני מצהירה בזאת כי בתקופה שבנדון אני אישה נשואה, עקרת בית ואיני עובדת מחוץ למשק ביתי, איני מקבלת חלף שכר (כדוגמא: ימי מחלה או ימי חופשה), איני נמצאת בחל"ת ואיני מקבלת אחת מהגמלאות המחליפות שכר (דמי לידה, שמירת הריון, דמי פגיעה ופש"ר) , כמו כן, בעלי הינו "תושב ישראל".

לפיכך אבקשכם לא לנכות מהפנסיה המשולמת לי באמצעותכם, דמי ביטוח למוסד לביטוח לאומי.
אני מצהירה כי אם יחול שינוי באמור לעיל, אודיע מיידית על כך למשלם הפנסיה.

תאריך _____ חתימת המבקשת ×_____

בל/ 619 (07.2022)

רשות המסים בישראל

כרטיס עובד[1]

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעסיק[1]

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס ____

סמן/י √ בריבוע המתאים

טופס זה ימולא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (אא"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעסיק למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת[1] העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים.
{ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף}

א. פרטי המעסיק (למילוי ע"י המעסיק)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
מגדל חברה לביטוח בע"מ	ת.ד 3063 קרית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106	03-9201010	930000948

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורף בעבר, **יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים**. למי שאין מספר תעודת זהות יש לצרף צילום דרכון ואישור / רשיון שהייה בישראל שנתנו על ידי רשות האוכלוסין וההגירה)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה

מספר דרכון (למי שאין מספר ת.ז.)	כתובת פרטית			
	רחוב/שכונה	מספר	עיר/ישוב	מיקוד

מין	מצב משפחתי	תושב ישראל	חבר קיבוץ/מושב שיתופי	חבר בקופת חולים
☐ זכר ☐ נקבה	☐ רווק/ה ☐ נשוי/אה ☐ גרוש/ה ☐ אלמן/ה ☐ פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)	☐ כן ☐ לא	☐ לא ☐ כן. הכנסותיי ממעסיק זה מועברות לקיבוץ ☐ כן. הכנסותיי ממעסיק זה אינן מועברות לקיבוץ[8].	☐ לא ☐ כן, שם הקופה _____

כתובת דואר אלקטרוני	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
	/	/

ג. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות)

סמן/י √ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך
בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל

1	2	שם	מספר זהות	תאריך לידה

ד. פרטים על הכנסותיי ממעסיק זה

אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)

תאריך תחילת העבודה[1] בשנת המס: / / /

☐ משכורת חודש[2]
☐ משכורת בעד משרה נוספת[3]
☐ משכורת חלקית[4]
☐ שכר עבודה (עובד יומי)[5]
☐ קצבה[6]
☐ מלגה[1]

ה. פרטים על הכנסות אחרות

☐ אין לי הכנסות אחרות ממשכורת (משכורת חודש, בעד משרה נוספת, משכורת חלקית, שכר עבודה), מקצבה וממלגה[1]

☐ יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:
☐ משכורת חודש[2] ☐ שכר עבודה (עובד יומי)[5]
☐ משכורת בעד משרה נוספת[3] ☐ קצבה[6]
☐ משכורת חלקית[4] ☐ מלגה[1]

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/י:
☐ אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת[7]
☐ אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו[8]
☐ אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעסיק לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת[9]
☐ אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעסיק לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת[10]

ו. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה

מספר דרכון (למי שאין מספר זהות) _____

☐ אין לבן/בת הזוג כל הכנסה ☐ יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: ☐ עבודה/קצבה/עסק ☐ הכנסה אחרת

ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

תאריך השינוי	פרטי השינוי	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
		/ /	
		/ /	
		/ /	

עמוד 1 מתוך 2

ח. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמן/י √ בריבוע המתאים)

1	☐ אני תושב/ת ישראל.
2 א	☐ אני נכה 100% / עיוור/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בחלק ה כי "אין לי הכנסות אחרות ממשכורת, מקצבה וממלגה" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.
2 ב	☐ בנוסף, אני מקבל תגמול חודשי לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) או לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה[14]. יש לצרף אישור על קבלת תגמול זה.
3	☐ אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מזכה [13] מתאריך _____ . אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312א.
4	☐ אני עולה חדש/ה מתאריך _____ . **חובה לצרף:** תעודת עולה. לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____ . מי שתקופת זכאותו אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיכוניים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה.
5	☐ בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס. רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת **עפ"י סעיף 9(5) לפקודה**.
6	☐ אני הורה במשפחה חד הורית[11] **החי בנפרד**. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.
7	☐ בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ג. ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד[12]. ☐ מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ . ☐ מספר ילדים שימלאו להם 4 שנים עד 5 שנים בשנת המס _____ . ☐ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד שנתיים בשנת המס _____ . ☐ מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____ . ☐ מספר ילדים שימלאו להם 3 שנים בשנת המס _____ . ☐ מספר ילדים שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____ .
8	☐ בגין ילדיי המפורטים בחלק ג. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד[12]. ☐ מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ . ☐ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד שנתיים בשנת המס _____ . ☐ מספר ילדים שימלאו להם 4 שנים עד 5 שנים בשנת המס _____ . ☐ מספר ילדים שימלאו להם 3 שנים בשנת המס _____ . ☐ מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____ .
9	☐ אני הורה יחיד[12] לילדיי שבחזקתי (המפורטים בחלק ג ובהתאם לסעיף 7 ו-8 לעיל).
10	☐ בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם. ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.
11	☐ אני הורה ל_____ילדים עם מוגבלות שטרם מלאו להם 19 שנים, בגינם אני מקבל/ת גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי. מצורף אישור גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי לשנה נוכחית. בן זוגי אינו מקבל נקודות זיכוי אלה. לילדיי, בגינם אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית.
12	☐ בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.
13	☐ מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.
14	☐ אני חייל/ת משוחרר/ת / שירתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____ . מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.
15	☐ בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.
16	☐ שירתתי כלוחם/לוחמת מילואים סה"כ _____ימי מילואים בשנת המס הקודמת. מצורף אישור מצה"ל על זכאות בעד שירות מילואים כלוחם.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמן/י √ בריבוע המתאים)

1	☐ לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעסיק זה. הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה. 2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.
2	☐ יש לי הכנסות נוספות ממשכורת[1] כמפורט להלן:

מעסיק/משלם המשכורת [1]			סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	הכנסה חודשית	המס שנוכה
שם	כתובת	מספר תיק ניכויים		(לפי התלושים)	
		9			
		9			
		9			

3	☐ פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעסיק על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

_____ _____
תאריך חתימת המבקש/ת

דברי הסבר למילוי טופס 101

(1) **"עובד"** יחיד המקבל משכורת. **"מעסיק"** אדם המשלם משכורת. **"משכורת"** הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב.
"עבודה" לרבות קבלת משכורת. **"מלגה"** לרבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.

(2) **משכורת חודש** - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ - 18 יום בחודש.

(3) **משכורת בעד משרה נוספת** - משכורת בעד עבודה של יותר מ - 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".

(4) **משכורת חלקית** - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ליום אך פחות מ-8 שעות בשבוע.
ממשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.

(5) **שכר עבודה** - משכורת בעד עבודה של פחות מ - 18 יום בחודש אך לא פחות מ - 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.

(6) **קצבה** - אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.

(7) **אם העובד לא מילא משבצת זו**- המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.

(8) **אם העובד מילא משבצת זו** - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.

(9) **אם העובד לא מילא משבצת זו**- על המעסיק לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.

(10) **אם העובד לא מילא משבצת זו**- על המעסיק לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.

(11) **הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה:** רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).

(12) **הורה יחיד** - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים שהוכרה כ"ילד נכה" של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.

(13) **ישוב מזכה** - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה ;

(14) **עובד ימלא משבצת זו (2ב')** - **רק בתנאי** שמילא את המשבצת נ ;

כללים ליישוב תביעות אובדן כושר עבודה

מגדל חברה לביטוח בע"מ

מגדל חברה לביטוח בע"מ חרתה על דגלה את נושא יישוב תביעות אובדן כושר עבודה.
במסגרת זו עשינו ונעשה את כל הדרוש ליישוב התביעות באופן הוגן ומהיר, תוך ליווי אישי וסיוע למבוטח הזקוק לנו בעת צרה.

מערכת הכללים שתפורט להלן, הינה מערכת הכללים שתחייב אותנו בעת יישוב התביעה.

בנוסף למערכת כללים זו, ולשם הנגשת הנושאים הנדונים בו, לרשותך תמצית ההוראות במסגרת טופס הנחיות, טופס תביעה, מכתב פתיחת תביעה מפורט וכמובן עומדים לך לעזר הנציגים האישיים.

1. **כללי**

1.1 כל האמור במערכת הכללים ננקט בלשון זכר למען הנוחות בלבד ומופנה לנשים ולגברים כאחד.

1.2 ההוראות המפורטות להלן הינן מערכת הכללים לבירור ויישוב תביעות אובדן כושר עבודה, אשר תחייבנה אותנו בעת הטיפול בתביעתך.

1.3 מערכת כללים זו חלה על תביעה שתוגש מכח פוליסת ביטוח אובדן כושר עבודה.

1.4 מערכת כללים זו מוסיפה על הוראות כל דין, לרבות ההוראות הקבועות בחוזרי הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון ולרבות חוזר "יישוב תביעות אובדן כושר עבודה" (חוזר ביטוח 2021-1-5 או כל חוזר שיחליפו), ואין במערכת כללים זו כדי לגרוע מהוראות כל דין כאמור.

2. לנוחותך בסוף מערכת הכללים פרטנו את מילון ההגדרות של המונחים המרכזיים המופיעים במערכת הכללים.

3. עקרונות ליישוב תביעה בביטוח אובדן כושר עבודה

מבלי לגרוע מהוראות כל דין, אנו או כל הפועל מטעמנו, נברר וניישב תביעת אובדן כושר עבודה, לרבות עריכת חוות דעת וחקירה לפי מערכת כללים זו, בתום לב, בעניניות, ביסודיות, במקצועיות, בשקיפות, בהוגנות ובאופן שיביא ליישוב הגון ומהיר של התביעה ויצמצם, ככל הניתן, את הטרחה שלך.

4. קבלת תביעה לתגמולי ביטוח

א. פנית בקשר להגשת תביעה ישירות אלינו או לסוכן ביטוח (בסעיף זה - **הפניה**), נמסור לך לא יאוחר משני ימי עסקים מהמועד שבו התקבלה הפניה, את המסמכים הבאים:

1) מערכת הכללים שלנו, לרבות התייחסות ללוחות הזמנים לטיפול בתביעה - נספח א' למערכת הכללים;

2) מסמך בו יפורט הליך הטיפול בתביעה לקבלת תגמולי ביטוח, לרבות התייחסות ללוחות הזמנים לטיפול בתביעה - נספח א' למערכת הכללים;

3) מסמך הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש ממך, לרבות פירוט המידע ורשימת המסמכים הנדרשים לטובת הטיפול בתביעה;

4) טופס תביעה לקבלת תגמולי ביטוח לרבות הנחיות לעניין אופן מילוי הטופס;

5) הודעה על תקופת ההתיישנות לפי סעיף 20(א) להלן.

ב. במסגרת הפניה נפרט את פוליסות אובדן כושר עבודה שבהן הנך מבוטח אצלנו ושבאפשרותך להגיש תביעה במסגרתן, ונפנה אותך לאתר האינטרנט המרכזי לאיתור מוצרי הביטוח ('הר הביטוח'), לרבות שליחת קישור באמצעות מסרון.

ג. לשם בירור תביעה לקבלת תגמולי ביטוח אובדן כושר עבודה אנו רשאים לדרוש את המסמכים הבאים בלבד (להלן **המסמכים**):

1) טופס תביעה לקבלת תגמולי ביטוח;

2) אישורים רפואיים המעידים על מצבך הרפואי הנמצאים ברשותך;

3) טופס ויתור על סודיות רפואית מאומת וחתום ע"י עד מהימן כמפורט בטופס;

4) ככל שפנית בתביעה למוסד לביטוח לאומי בקשר לתאונת עבודה, נכות כללית, חופשת לידה ושמירת הריון - העתק החלטת המוסד לביטוח לאומי, ככל שיש החלטה;

5) ככל שהנך שכיר - 12 תלושי שכר אחרונים לפני קרות מקרה הביטוח, וככל שחזרת לעבוד באופן מלא או חלקי, בנוסף,

תלושי שכר מיום חזרתך למעגל העבודה;

6) ככל שהנך עצמאי - אישור רואה חשבון על הכנסה שנתית החייבת במס או דו"ח שומה לשנה שקדמה למקרה הביטוח, וכן אישור רואה חשבון על הכנסותיך אחר מקרה הביטוח, ככל שקיימות הכנסות כאמור;

7) ככל שהנך מקבל קצבה מגורמים אחרים - אישור על גובה הקצבה והתקופה שאושרה;

8) טופס 101;

9) העתק המחאה או אישור ניהול חשבון.

ד. אנו לא נעכב ולא נפסיק את בירור התביעה בשל אי המצאת המסמכים המפורטים בסעיף קטן (ג)(4) – (ג)(9).

ה. לא נמסרו המסמכים המפורטים בסעיף קטן (ג)(1)-(ג)(3) נמסור לך הודעה בכתב שבה יפורטו הסיבות בגינן נדרש לנו זמן נוסף לבירור התביעה ונציין כל מידע או מסמך נוסף הנדרש ממך לשם בירור התביעה (להלן – **הודעת המשך בירור**).

ו. הודעת המשך בירור תימסר לך לפחות כל תשעים ימים ועד למשלוח הודעה תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת פשרה, לפי העניין. אם בהודעת המשך הבירור הקודמת ועל פי תנאי הפוליסה נקבע מועד עתידי לברור החבות, נהיה פטורים ממשלוח הודעות המשך בירור נוספות עד למועד האמור, ובלבד שתישלח הודעת המשך בירור לפחות לאחר שנה.

ז. אנו פטורים מהחובה לשלוח הודעות המשך בירור נוספות אם פנית לערכאות משפטיות או אם לא הגבת לאחר שנמסרו לך שתי הודעות המשך בירור עוקבות הכוללות דרישה למידע או למסמך לשם בירור התביעה ובלבד שבהודעה האחרונה ציינו כי לא ימסרו לך הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממך המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת.

ח. קיבלנו ממך מסמך בקשר לתביעה, נמסור לך בשיחה טלפונית על ידי נציג שירות בתוך 3 ימי עסקים ממועד קבלת מסמך בקשר לתביעה, את פרטי ההתקשרות אתנו. במסגרת השיחה אף יודיע לך נציג השירות אם המסמכים הנדרשים התקבלו במלואם ובאופן תקין ואת מועד קבלתם (להלן - **הודעת קבלת המסמכים**), וככל שלא התקבלו במלואם או שאינם תקינים יפרט את המסמכים החסרים בתביעתך (להלן - **הודעת השלמת מסמכים**), הודעות כאמור ישלחו אליך גם באמצעי דיגיטלי וגם באמצעות הדואר; על אף האמור, התקבלו המסמכים במלואם, אנו רשאים לעדכן אותך באמצעי דיגיטלי ובאמצעות הדואר בלבד; האמור בסעיף זה יחול בכל פעם שנתקבל מטעמך מסמך בקשר לתביעה.
"פרטי התקשרות" - על מנת שנוכל לפעול בהתאם לאמור בסעיף זה, עליך לציין בטופס התביעה, לכל הפחות, מספר טלפון וכתובת דואר אלקטרוני.

5. בירור התביעה לתגמולי ביטוח

א. לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים ממועד הודעת קבלת המסמכים, אנו נפנה לגורמים הרלוונטיים, לקבלת כל המידע הנדרש לנו לצורך קביעת יכולתך התעסוקתית והכרעה בתביעה, לרבות הזמנת חקירה ואיסוף חומר רפואי.

ב. החלטת רופא החברה באשר ליכולתך התעסוקתית תכלול התייחסות לקביעות הבאות (להלן - **חוות דעת רפואית**):

1) מועד קרות מקרה הביטוח;

2) האם המבוטח נעדר יכולת תעסוקתית;

3) האם מקרה הביטוח נגרם מאירוע או מחלה שהוחרגו בהליך החיתום הרפואי, ככל שהיו החרגות בפוליסה;

4) שיעור אובדן כושר העבודה, לרבות האם מדובר באובדן כושר עבודה מלא או חלקי;

5) תקופת אובדן כושר העבודה, לרבות האם מדובר באובדן כושר עבודה שנמשך עד לתום תקופת הביטוח;

6) אם חלה הרעה או הטבה במצבו הבריאותי של המבוטח, את מועד תחילת ההרעה או ההטבה במצבו הבריאותי;

7) ככל שהוגשה חוות דעת מומחה מטעמך, לרבות החלטות של המוסד לביטוח לאומי, תכלול חוות הדעת התייחסות לחוות דעת מטעמך, וככל שהוחלט לדחות את האמור בחוות הדעת מטעמך יינתן הסבר מפורט מדוע הוחלט שלא לקבל את האמור בה.

ג. אנו נקבע את מועד קרות מקרה הביטוח כמועד שבו בהתאם לכלל המידע הרלוונטי שמצוי ברשותנו אירע מקרה הביטוח. מועד קרות הביטוח לא ייקבע כמועד הגשת התביעה אם בהתאם למסמכים שמצויים אצלנו, אירע המקרה הביטוחי קודם למועד זה.

ד. חוות הדעת הרפואית תיערך באופן מקצועי, תהיה מפורטת ומנומקת ותכלול את שמו, תוארו, השכלתו המקצועית ותפקידו של הרופא, וכן תכלול את רשימת כל המסמכים אשר רופא החברה הסתמך עליהם בעריכת חוות הדעת.

ה. חוות הדעת הרפואית לא תתייחס במישרין לזכותך לקבלת תגמולי ביטוח.

ו. חוות דעת הרפואית שביצע רופא החברה לפי סעיף זה תהיה חוות הדעת הרפואית הקובעת לצורך יישוב תביעת ביטוח אובדן כושר עבודה שהגשת.

ז. מבלי לגרוע מהאמור בסעיף קטן (ו), אנו ניישב את התביעה על בסיס המידע המעודכן או הרלבנטי ביותר שיש ברשותנו.

ח. לא יאוחר מ- 20 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים, נודיע לך בכתב האם אושרה תביעתך או נדחתה (להלן - **הכרעה בתביעה**) או האם נדרשת התייצבותך בפני רופאי החברה לבדיקה רפואית לצורך המשך בירור התביעה.

ט. במסגרת ההכרעה בתביעה נתבסס על האמור בחוות הדעת הרפואית. אנו נצרף להודעה על ההכרעה בתביעה את חוות הדעת וכן כל מסמך נוסף שעליו נסמכת חוות הדעת, וכן נציין את כל ההודעות והמסמכים שמסרת לנו או לרופא החברה לצורך כתיבת חוות הדעת.

י. אם דחינו את התביעה מטעמים שאינם רפואיים, נכלול בהודעת הדחיה התייחסות לחוות הדעת הרפואית ככל שניתנה, ניתן הסבר מפורט מדוע שלא לקבל את האמור בה וכן נציין בהודעה גילוי דעת כי בנסיבות אלו לא תוכל לערער על חוות הדעת הרפואית בפני הוועדה הרפואית. אם דחינו את התביעה מטעמים רפואיים, תכלול ההודעה גילוי דעת בדבר זכותך לערער על חוות הדעת הרפואית בפני הוועדה הרפואית ועל המועדים הקבועים לכך, וכן על זכאותך למנות רופא מטעמך בוועדה הרפואית שאנו נישא בעלויות העסקתו בסכום שיקבע על ידנו ושלא יפחת מתקרת העלות המשולמת לרופא בוועדה הרפואית או עלות העסקת הרופא מטעמך, הנמוך מבניהם.

6. התייצבות לבדיקה רפואית בפני רופא החברה

א. נציג השירות, או מי מטעמו, יצור קשר עם המבוטח, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים מהמועד שבו הודענו כי נדרשת התייצבותך לבדיקה רפואית בפני רופא החברה, ויתאם עימך מועד להתייצבות בפני רופא החברה וכן יפרט את דרישות רופא החברה לקראת התייצבותך בפניו, ככל שיהיו, לרבות המצאת בדיקות, מבדקים ומבחנים. כמו כן, נציג השירות יסביר לך על זכותך למלווה מטעמך בהתאם להוראות חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996.

ב. מועד התייצבותך בפני רופא החברה ייקבע לכל היותר בתוך 10 ימי עסקים ממועד ההודעה כאמור בסעיף קטן (א) או ממועד קבלת כלל המסמכים שדרש רופא החברה, אלא אם ביקשת לדחות את מועד ההתייצבות, ואז יפעל נציג השירות בתום לב לקביעת מועד חלופי אחר בהקדם.

ג. רופא החברה יסביר לך את תפקידו בקשר לבירור התביעה.

ד. רופא החברה יתעד במסגרת חוות הדעת הרפואית, כמפורט בסעיף 5(ב), גם את מהלך הבדיקה הרפואית שערך לך. סבר רופא החברה כי דרוש ממך מידע נוסף לצורך קבלת ההחלטה באשר ליכולתך התעסוקתית, יהיה רשאי לפנות אליך בבקשה לקבלת מידע נוסף.

ה. לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים ממועד התייצבותך לבדיקה בפני רופא החברה או בתוך 7 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת רופא החברה, לפי העניין, נודיע לך על הכרעתנו בתביעה. הכרעתנו תהיה בהתאם לאמור בסעיף 5. לצורך סעיף זה, **"רופא החברה"** - רופא מומחה שהוא עובד חברת הביטוח או פועל מטעמה במסגרת הסכם התקשרות בינו לבין החברה שאינו לפי הוראות מערכת כללים זו או רופא מומחה הכלול ברשימת ספקי שירותי ייעוץ רפואי, אשר יבחר על ידינו באופן אקראי.

7. ערעור לוועדה רפואית

א. דחינו את התביעה בהתבסס על חוות הדעת הרפואית ולא מטעמים שאינם רפואיים, וחלקת על חוות הדעת, תהא רשאי להגיש ערעור על כך לוועדה הרפואית, בתוך 90 ימי עסקים ממועד הכרעתנו בתביעה.

ב. אנו נעביר לוועדה הרפואית את חוות הדעת הרפואית ואת כלל המידע הרפואי שיש בידנו, בהקדם האפשרי מהמועד שבו הגשת ערעור.
לעניין זה, **"מידע רפואי"** - למעט תוצאות חקירה ומידע אודותיך שיש בהן כדי לחוות דעה של חברת הביטוח, או מי מטעמה, בנוגע ליכולתך התעסוקתית.

ג. נציג השירות, או מי מטעמו, יודיע לך בתוך 3 ימי עסקים ממועד הגשת הערעור על מועד התכנסות הוועדה הרפואית ועל זכאותך להתייצב בפניה ולמנות רופא מטעמך, שאנו נישא בעלויות העסקתו, ונפרט את דרישות הוועדה הרפואית לקראת התכנסות הוועדה, ככל שיהיו, לרבות בדיקות, מבדקים ומבחנים.

ד. מועד התכנסות הוועדה הרפואית ייקבע לכל היותר בתוך 21 ימי עסקים ממועד קבלת הערעור או ממועד קבלת כלל המסמכים שדרשה הוועדה, אלא אם ביקשת לדחות את מועד ההתכנסות, ואז ייקבע על ידי נציג השירות בתום לב מועד חלופי אחר בהקדם.

ה. הוועדה הרפואית תתעד את עיקרי הדיון שנערך בוועדה, לרבות עובדות שנלקחו בחשבון במסגרת קבלת ההחלטה, ופירוט העמדות השונות שהוצגו בוועדה. לתיעוד תצורף רשימת המסמכים שהוצגו לוועדה.

ו. סברה הוועדה הרפואית כי דרושה בדיקה רפואית או מידע נוסף ממך לצורך קבלת ההחלטה באשר ליכולתך התעסוקתית, רשאית הוועדה הרפואית לערוך לך בדיקה, ובלבד שמהלך הבדיקה יצוין ויתועד במסגרת החלטתה, או לפנות אליך בבקשה לקבלת מידע

נוסף.

ז. אנו נודיע לך בתוך 5 ימי עסקים ממועד התכנסות הוועדה הרפואית על החלטת הוועדה הרפואית והכרעתנו בתביעה או בתוך 7 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה הרפואית, לפי העניין, בצירוף ההחלטה והתיעוד. החלטת הוועדה הרפואית תהיה מפורטת ומנומקת.

ח. אנו נישא בעלויות העסקת הרופא מטעמך בסכום שיקבע על ידנו ושלא יפחת מתקרת העלות המשולמת לרופא בוועדה הרפואית או עלות העסקת הרופא מטעמך, הנמוך מבניהם, כמפורט בסעיף 10(ג).

8. ערעור לוועדה רפואית לערעורים

א. אם חלקת על קביעת הוועדה הרפואית, תהא רשאי להגיש ערעור על קביעתה לוועדה הרפואית לערעורים, בתוך 90 ימי עסקים ממועד הודעתנו על החלטת הוועדה הרפואית.

ב. אם חלקנו על קביעת הוועדה הרפואית, נהיה רשאים להגיש ערעור על קביעתה לוועדה הרפואית לערעורים, בתוך 5 ימי עסקים ממועד החלטת הוועדה הרפואית.

ג. אנו נעביר לוועדה הרפואית לערעורים את כלל המידע הרפואי שיש בידנו, בהקדם האפשרי מהמועד שבו הגשת ערעור. לעניין זה, **"מידע רפואי"** - למעט תוצאות חקירה ומידע אודותיך שיש בהן כדי לחוות דעה של חברת הביטוח, או מי מטעמה, בנוגע ליכולתך התעסוקתית.

ד. נציג השירות יודיע לך בתוך 3 ימי עסקים ממועד הגשת הערעור על מועד התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים ועל זכאותך להתייצב בפניה, ונפרט את דרישות הוועדה הרפואית לערעורים לקראת התכנסות הוועדה, ככל שיהיו, לרבות בדיקות, מבדקים ומבחנים.

ה. מועד התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים ייקבע לכל היותר בתוך 21 ימי עסקים ממועד קבלת הערעור או ממועד קבלת כלל המסמכים שדרשה הוועדה, אלא אם ביקשת לדחות את מועד ההתכנסות, ואז ייקבע על ידי נציג השירות בתום לב מועד חלופי אחר בהקדם.

ו. הוועדה הרפואית לערעורים תתעד את עיקרי הדיון שנערך בוועדה, לרבות עובדות שנלקחו בחשבון במסגרת קבלת ההחלטה, ופירוט העמדות השונות שהוצגו בוועדה. לתיעוד תצורף רשימת המסמכים שהוצגו לוועדה.

ז. סברה הוועדה הרפואית לערעורים כי דרושה בדיקה רפואית או מידע נוסף ממך לצורך קבלת ההחלטה באשר ליכולתך התעסוקתית, רשאית הוועדה הרפואית לערעורים לערוך לך בדיקה, ובלבד שמהלך הבדיקה יצוין ויתועד במסגרת החלטתה, או לפנות אליך בבקשה לקבלת מידע נוסף.

ח. אנו נודיע לך בתוך 5 ימי עסקים ממועד התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים על החלטת הוועדה הרפואית לערעורים והכרעתנו בתביעה או בתוך 7 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה הרפואית לערעורים, לפי העניין, בצירוף ההחלטה והתיעוד. החלטת הוועדה הרפואית לערעורים תהיה מפורטת ומנומקת.

9 . רשימת ספקי שירותי ייעוץ רפואי

א. אנו נאפשר לכל ספק שירותי ייעוץ רפואי להיכלל ברשימת ספקי שירותי ייעוץ רפואי (להלן - **רשימת הספקים**) שלנו בכפוף לכך שהספק התחייב בכתב לקיים את ההוראות לפי מערכת הכללים וחוזר יישוב תביעות אובדן כושר עבודה, הרלוונטיות לגביו.

ב. אנו נעשה שימוש ברשימת הספקים באופן אקראי ומחזורי, בחלוקה לפי מחוזות ובפיזור גאוגרפי נאות.

ג. הספקים שיכללו ברשימה, הוספתם והוצאתם, כל אלה יעשו בהתאם להוראות חוזר ביטוח 2021-1-5 או כל חוזר שיחליפו.

10. איסור השפעה על רופא מומחה

א. אנו לא נשפיע על שיקול דעתו המקצועי של רופא מומחה ובכלל זה לא ניתן לו הוראות או הנחיות המגבילות את שיקול דעתו המקצועי.

ב. אנו נעביר לרופא מומחה את המידע הרפואי הדרוש לצורך חוות הדעת; לעניין זה, "מידע רפואי" - למעט תוצאות חקירה ומידע אודותיך שיש בהן כדי לחוות דעה של חברת הביטוח, או מי מטעמה, בנוגע ליכולתך התעסוקתית.

ג. אנו נקבע תעריף אחיד לתגמול כל רופא מומחה, בהתאם לתחום התמחותו וניסיונו, ובלבד שגובה התגמול אינו תלוי בתוצאות חוות הדעת. לצורך סעיף זה, רופא מומחה משמעותו רופא החברה, רופא מטעם המבוטח או ספק שירותי ייעוץ רפואי.

ד. אנו או סוכן ביטוח לא נשלם או נקבל עמלה או כל טובת הנאה, בינינו לבין הרופא מומחה בקשר עם ההליך ליישוב תביעות המפורט במערכת כללים זו; האמור בפסקת משנה זו לא יחול לגבי תגמול שניתן לרופא מומחה עבור ביצוע חוות דעת.

11 . איסוף חומר רפואי

אנו נקבע כללים מנחים לאיסוף המידע הרפואי מתיקך. כללים אלה יתייחסו, בין היתר למצבים שבהם יש לפנות לאיסוף המידע הרפואי הנדרש.

12 . ביצוע חקירה

א. אנו נקבע כללים לביצוע ולשימוש בחקירה בהתאם להוראות חוזר ביטוח 2021-1-5 או כל חוזר שיחליפו

ב. ככל שהחלטנו לדחות את תביעתך והסתמכנו בהחלטתנו גם על ממצאים שעלו במסגרת חקירה, נצרף להחלטתנו את עיקרי ממצאי דוח החקירה, ונציין גם את מועד ביצוע החקירה ומיקומה וכן תמונה מתוך החקירה ממנה ניתן יהיה לאמת את זהותך.

13. אישור התביעה והודעה על תשלום תגמולי ביטוח

א. החלטנו על אישור התביעה ותשלום תגמולי ביטוח, נמסור לך במועד התשלום הודעה בכתב (להלן - **הודעת תשלום**) שתכלול, בין השאר, התייחסות לגבי העניינים הבאים, ככל שהם רלבנטיים, שיצורפו להודעה:

1) שם המבוטח;

2) שם הפוליסה ומספרה;

3) סכום התשלום הראשון, לרבות פירוט אופן חישוב הסכום לתשלום וכן פירוט אופן חישוב סכום המס שנוכה במקור והוראות הדין שלפיה חושב ונוכה;

4) מנגנון עדכון התשלומים;

5) המועד הראשון שבשלו הנך זכאי לתשלום והמועד הראשון שבו התשלום יבוצע;

6) משך התקופה המירבית שבשלה הנך זכאי לתשלומים בכפוף להוראות הפוליסה;

7) משך התקופה עד לתום תקופת הזכאות ותביעת המשך;

8) הכללים להגשת תביעת המשך ומנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים;

9) הכללים לבדיקת זכאות מחודשת במהלך תקופת הזכאות לתשלומים;

10) פירוט בדבר קיזוז תשלומים אחרים שמגיעים לך שלא מחברת הביטוח בשל נסיבות הקשורות לאותה עילת תביעה ושלפי הפוליסה אנו רשאים לקזז אותם מהתשלום;

11) פירוט בדבר קיזוז סכומים אחרים שמגיעים לנו ממך;

12) פירוט בדבר קיזוז מקדמות או סכומים שאינם שנויים במחלוקת אם שולמו כאלה;

13) הריבית החלה וציון ההוראות החלות לגביה;

14) הסכום שנתווסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית;

15) סכום התשלום בפיגור וציון ההוראות החלות לגבי הריבית הנגבית בשל הפיגור;

16) המועד שבו היו בידינו כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור התביעה.

ב. החלטנו על תשלום התביעה תוך דחיית חלק מהתביעה לגבי סכומים שנדרשו או חלק מהעילות שנדרשו - נמסור לך במועד התשלום הודעה בכתב (להלן - **הודעת תשלום חלקי**) שבה שני חלקים כמפורט להלן:

1) החלק הראשון - בחלק זה יפורטו מרכיביו של התשלום שבו הכרנו, ויחולו לגביו ההוראות הקבועות בפסקה (א).

2) החלק השני - בחלק זה יפורטו הנימוקים העומדים בבסיס החלטתנו לדחות חלק מהתביעה, ויחולו לגביו ההוראות הקבועות בסעיף 15.

ג. במסגרת הודעת תשלום חלקי נפרט את הסדרי התשלום לצורך שמירה על הכיסוי הביטוחי.

ד. אנו נשלם לך את תגמולי הביטוח עד ליום ה- 9 של כל חודש, בשל החודש הקודם; על אף האמור, נעביר לך את התשלום הראשון לאחר אישור התביעה בתוך חמישה עשר יום ממועד הודעה על אישור התביעה או ממועד תום תקופת ההמתנה, המאוחר מבניהם.

ה. תגמולי הביטוח ישולמו לך באמצעות העברה בנקאית; על אף האמור, נאפשר לך לבחור אמצעי תשלום אחר, מבין האמצעים הקיימים אצלנו לתשלום תביעות אובדן כושר עבודה, באמצעותו ישולמו תגמולי הביטוח.

14 . הודעת פשרה

א. לא נציע לך הצעת פשרה בלתי סבירה למועד ההצעה.

ב. אם הסכמנו על כוונה להגיע להסדר פשרה - נמסור לך הצעת פשרה בכתב (להלן - **הודעת פשרה**), לא יאוחר מ- 20 ימי עסקים ממועד הודעת קבלת המסמכים או ממועד הגשת הערעור, לפי העניין, וניתן לך זמן סביר לעיין בתנאיה.

ג. בהודעת הפשרה יפורטו שם המבוטח, שם הפוליסה ומספרה, מקרה הביטוח, הנימוקים שביסוד הפשרה, מרכיבי התשלום שאינם שנויים במחלוקת, ככל שישנם, הסכום שנקבע בפשרה, הסכום לתשלום והפער בין הסכום שנקבע בפשרה ובין הסכום לתשלום, ככל שקיים פער כאמור.

ד. כל עוד לא אישרת את הודעת הפשרה בכתב, היא לא תחייב את הצדדים.

ה. אישרת את הודעת הפשרה, נפעל לתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לאמור בסעיף 13(ד), בשינויים המחויבים.

15. הודעת דחייה

א. החלטנו לדחות את תביעתך, נמסור לך הודעה בכתב (להלן - **הודעת דחייה**) וננמק את החלטתנו. הודעת הדחיה תכלול את שם המבוטח, שם הפוליסה ומספרה.

ב. נימוקי דחיה יכללו פירוט בדבר העובדות שנלקחו בחשבון במסגרת ההחלטה לדחות את התביעה ואת תנאי הפוליסה, התניה או הסייג שנקבעו במועד ההצטרפות או במועד חידוש הכיסוי הביטוחי, או הוראות הדין, אשר בשלם נדחית התביעה, ככל שהדחייה נסמכת עליהם.

ג. הודעת דחיה תכלול התייחסות לחוות דעת רופא מומחה שהוגשה מטעמך, ככל שהוגשה, תוך מתן הסבר מפורט מדוע הוחלט שלא לקבל את האמור בה.

ד. ככל שההחלטה לדחות את התביעה התבססה על מסמכים כלשהם, לרבות חוות דעת רופא מומחה, נציין בהודעת הדחייה את רשימת המסמכים עליהן התבססנו לצורך ההחלטה.

ה. במסגרת הודעת הדחיה נפרט את הסדרי התשלום לצורך שמירה על הכיסוי הביטוחי.

ו. לא נדחה תביעה רק מהטעם שגוף מוסדי אחר או המוסד לביטוח לאומי דחה את התביעה הנובעת מאותן נסיבות מבלי שבחנו בעצמנו, את הממצאים שעליהם מבוססת התביעה.

16 . דחיית תביעה בטענה לאי גילוי

א. לא נדחה תביעה בטענה לאי גילוי רפואי, אם לא צירפנו להודעת הדחייה את המסמכים הרפואיים המעידים על הבעיות הרפואיות שמהם סבלת בטרם הצטרפותך לביטוח אותם לטענתנו לא גילית.

ב. ביקשנו לדחות את התביעה בטענה לאי גילוי, נפרט במפורש את עילת הדחיה ולא נסתפק בציטוט סעיפי החוק הרלוונטיים.

ג. מקום שבו נטען כי הפרת את חובת הגילוי, על פי סעיף 6(א) לחוק חוזה הביטוח, נצרף להודעת הדחייה את השאלות המפורשות עליהן ענית בכתב ונסמן את השאלות עליהן השבת לכאורה תשובה שאינה מלאה וכנה.

ד. לא נדחה תביעה בטענת אי גילוי:

1) אודות מצב רפואי מסוים, אשר לא הוצגה שאלה מפורשת בעניינו, אך נשאלת אודות סוג מחלות מסוים או מצבים רפואיים מסוימים, שהמצב הרפואי לגביו נטען אי גילוי קשור אליהם, השבת בחיוב לשאלה או סיפקת מידע שנוגע למחלות או למצבים רפואיים שקשורים לאותם מחלות או מצבים רפואיים.

2) אודות מצב רפואי מסוים, אם לא השבת לשאלה שנשאלת ביחס לאותו מצב רפואי באופן מלא או חלקי, לרבות אי מילוי תשובה בשאלון.

3) אם המידע הרפואי, בעת הצירוף לביטוח, לא נמסר על ידך, למעט מידע שנמסר על ידי מומחה מטעמך, או על ידי הורה או אפוטרופוס של מבוטח שצורף לביטוח כשהיה קטין או פסול דין.

יובהר כי אין באמור בסעיפים (1) ועד (3) כדי למנוע מאיתנו לטעון אי גילוי בכוונת מרמה.

ה. מקום בו נטען כי הפרת את חובת הגילוי בכוונת מרמה, על פי סעיף 6(ג) לחוק חוזה הביטוח, נפרט וננמק בהודעת הדחיה את קיומם של התנאים האמורים בסעיף 6(ג) לחוק חוזה ביטוח.

17 . דחיית תביעה בשל יכולת המבוטח לעסוק בעיסוק סביר אחר

לא נדחה תביעה המתבססת על חוות דעת הקובעת כי יכולתך התעסוקתית לא נפגעה עקב מקרה הביטוח, אלא בהתאם להוראות הבאות:

א. נפרט בהודעת הדחייה את העיסוקים הסבירים האחרים שבהם אתה יכול לעסוק ונפרט את הזיקה הקיימת בין העיסוק הסביר המוצע לבין עיסוקך לפני קרות מקרה הביטוח, לרבות כיצד העיסוק הסביר המוצע הולם את השכלתך, הכשרתך וניסיונך טרם מקרה הביטוח.

ב. לא נדחה אותך בשל עיסוק סביר נדיר או שאינו קיים, כך שלא קיים לך סיכוי סביר למצוא עבודה במסגרתו.

ג. לא נציע לך עיסוק סביר אחר של ניהול, הדרכה או פיקוח באותו תחום בו עסקת לפני קרות מקרה הביטוח, אלא אם קיימת אינדיקציה כי עסקת בניהול, הדרכה או פיקוח באופן משמעותי גם לפני קרות מקרה הביטוח.

18. תום תקופת הזכאות לתגמולי ביטוח ותביעת המשך

א. נודיע לך על הגעתך למועד תום תקופת הזכאות לקבלת תגמולי ביטוח אובדן כושר עבודה, ונפרט בהודעה את האפשרויות העומדות בפניך להגשת תביעת המשך להארכת תקופת הזכאות. בהודעה כאמור נפרט את המסמכים הרפואיים או הבדיקות הנדרשים ממך להגשת תביעת המשך.

ב. הודעה כאמור בסעיף קטן (א) תישלח אליך 60 ימים לפני תום תקופת הזכאות לקבלת תגמולי ביטוח אובדן כושר עבודה. הייתה תקופת הזכאות לקבלת תגמולי ביטוח שאושרה על ידינו קצרה מ60- ימים או שתקופת הזכאות שנותרה במועד אישור התביעה לקבלת תגמולי ביטוח קצרה מ- 60 ימים, תינתן ההודעה לפי סעיף קטן (א) עם אישור התביעה ותשלום תגמולי ביטוח.

19. בדיקה מחודשת של זכאות במהלך תקופת תשלום תגמולי הביטוח

א. אנו רשאים לבחון מחדש את זכאותך לקבלת תגמולי ביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה, ובלבד שבחינה כאמור תיערך בשל מידע רלוונטי חדש אודות שינוי מצבך הרפואי.

ב. לא נבצע בחינה מחודשת של זכאותך בטרם חלפו 60 יום מההחלטה האחרונה שקיבלנו בעניינך.

ג. לא נקטין ולא נפסיק תגמולי ביטוח בעקבות בדיקה מחודשת של זכאות, אלא בהתאם לכללים שנקבעו לכך בפוליסה, ולאחר שהודענו לך כי בכוונתנו להקטין או להפסיק את התשלומים (להלן - **הודעת שינוי**). הודעת שינוי כאמור, תימסר לך לפחות חמישה עשר ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים, ובכל מקרה לא לפני שממצאי הבדיקה שנעשתה לפי הוראות סעיף קטן (א) הראו כי יש להקטין או להפסיק את התשלומים. למען הסר ספק, אין באמור בפסקה זו כדי לגרוע מזכותנו לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם המועד האמור.

ד. הודעת שינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד החלטתנו להקטין או להפסיק את תשלום תגמולי הביטוח, ויחולו עליה ההוראות לעניין הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה, לפי העניין, בשינויים המחויבים.

20. הודעה בדבר התיישנות תביעה

א. הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי והודעת דחייה תכלול פסקה אשר בה תצוין בהבלטה מיוחדת תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי ככלל, הגשת התביעה לחברת הביטוח, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות (להלן - **פסקת התיישנות**).

ב. כל הודעה הנשלחת אליך בנוגע לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה תכלול את פסקת ההתיישנות, את מועד קרות מקרה הביטוח וכן יצוין בה כי מרוץ ההתיישנות החל במועד קרות מקרה הביטוח.

ג. אם לא כללנו פסקת התיישנות בהודעה לפי סעיף קטן (א) שנשלחה אליך שלא במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות יראו אותנו כמי שהסכים שתקופת הזמן שבין המועד הראשון שבו היה עלינו לתת הודעה ובה פסקת התיישנות לבין המועד שבו ניתנה בפועל הודעה ובה פסקת התיישנות, לא תובא במניין תקופת ההתיישנות. הסכמתנו בפסקה זו, תחול רק לגבי ההפרה הראשונה שלנו.

ד. אם לא כללנו פסקת התיישנות בהודעה לפי סעיף קטן (א) שנשלחה אליך במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות – יראו אותנו כמי שהסכים שתקופת הזמן שבין מועד שליחת ההודעה הראשונה בשנה האמורה לבין המועד שבו שלחנו הודעה שבה כללה פסקת התיישנות ואת מועד ההתיישנות, לא תובא במניין תקופת ההתיישנות. הסכמתנו בפסקה זו, תחול רק לגבי ההפרה הראשונה שלנו במהלך השנה שקדמה למועד ההתיישנות.

21. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה

הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה תכלול פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את זכויותיך הבאות:

א. להגיש ערעור על החלטת רופא החברה והוועדה הרפואית וכן אופן הגשת הערעור והמועדים הרלוונטיים, בהתאם להוראות מערכת כללים זו;

ב. להגיש השגה על החלטתנו בתביעה בפני הממונה על פניות ציבור שלנו, תוך ציון פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו;

ג. להגיש השגה בכל שלב על החלטתנו בתביעה בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון.

22. חוב לחברת הביטוח

אנו נברר וניישב תביעה אף אם קיים לך, בעת הגשת התביעה, חוב כלפינו, ונהיה רשאים לקזז מתגמולי הביטוח להם תהיה זכאי חוב בנוגע לפוליסת אובדן כושר עבודה במסגרתה אושרה התביעה, והכל בכפוף להוראות הדין שנוגעות לעניין.

23. פרסום, הגשה ומעקב אחר מהלך בירור התביעה

א. אנו נציג באתר האינטרנט שלנו, באופן זמין ובולט, את מערכת הכללים ואת המסמכים המפורטים בסעיף 4(א).

ב. אנו נאפשר לך להגיש את התביעה ומסמכים בקשר אליה, לכל הפחות, באמצעות:

1) דואר;

2) תיבת מייל ייעודית;

3) באזור האישי;

4) מערכת ממוכנת להגשת תביעות, אשר תכלול פירוט מובנה של סט המסמכים או הנתונים הנדרשים לצורך טיפול בתביעה ואשר באמצעותה תוכל לצרף את המסמכים הנדרשים לצורך המשך הטיפול בתביעה.

ג. אנו נאפשר לך לעקוב אחר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה גם באמצעי דיגיטלי.

ד. משלוח הודעות בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה יישלחו אליך על ידינו גם באמצעי דיגיטלי וגם באמצעות הדואר, אלא אם ביקשת אחרת; על אף האמור, אישרת כי קיבלת את אחת מן ההודעות כאמור באמצעי דיגיטלי, נהיה פטורים ממשלוח הודעה זו בלבד גם באמצעות הדואר.

24. שמירת מידע ומסמכים

א. אנו נשמור את כל המידע והמסמכים הנוגעים לתביעה לרבות התכתבויות פנימיות, למשך תקופה של לפחות שבע שנים ממועד היישוב הסופי של התביעה או מהמועד שבו חדלת להיות מבוטח בחברה, לפי המאוחר מבניהם.

ב. אנו נשמור ביחס לכל תביעה רשומה הכוללת את שם המבוטח, סוג ומהדורת הפוליסה, מספר הפוליסה, מועד תחילת ביטוח ומועד סוף ביטוח, מספר התביעה, אופן ומועד היישוב הסופי של התביעה (תשלום, תשלום חלקי, דחייה או פשרה). בתשלום או בתשלום חלקי - יישמרו גם מועדי וסכומי כלל התשלומים, תקופת התשלום ומנגנון ההצמדה.

25. מתן העתקים

א. אנו נמסור לך, לפי בקשתך, העתק מן הפוליסה, בתוך שלושה ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

ב. אנו נמסור לך, לפי בקשתך, העתקים מכל מסמך אשר אתה חתום עליו, מכל מסמך אשר מסרת לנו, או מכל מסמך אשר התקבל אצלנו מכוח הסכמתך, בתוך שבעה ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

26. שמירת דינים

אין בהוראות מערכת הכללים כדי לגרוע מזכותך על פי כל דין, ובכלל זה זכותך לתבוע ריבית מיוחדת לפי סעיף 28א לחוק חוזה הביטוח או פיצוי לפי סעיף 108 לחוק הפיקוח על הביטוח.

27. תחולה

א. מערכת הכללים תחול על תביעות אובדן כושר עבודה שהתקבלו לראשונה בחברתנו לאחר מועד התחילה.

ב. על אף האמור בסעיף קטן (א), הוראות סעיף 19(ג) יחולו על פוליסות שתחילת תקופת הביטוח הקבועה בהן היא החל ביום 1 ביוני 2011 ואילך. לגבי פוליסות שתחילת תקופת הביטוח הקבועה בהן קודמת למועד האמור, נצרף להודעת תשלום ולהודעת תשלום חלקי את הכללים שקבענו לעניין בדיקה מחודשת של זכאות כאמור בסעיף 19(ג).

28. תחילה

א. תחילתה של מערכת הכללים ביום 1.9.2021.

ב. על אף האמור בסעיף קטן (א), תחילתו של סעיף 23(ב)(4) ביום 1.1.2022.

29. הגדרות

"אמצעי דיגיטלי" - מסרון (SMS), יישומון, דואר אלקטרוני, חשבון אישי מקוון או אתר אינטרנט ייעודי;

"ועדה רפואית" - ועדה בת שני רופאים שנבחרו על ידי חברת הביטוח באופן אקראי מתוך רשימת ספקי שירותי ייעוץ רפואי, ושאינה כוללת את הרופא המומחה שנתן את חוות הדעת נשוא הערעור; ביקש המבוטח למנות רופא מטעמו, ועדה שתמנה שלושה רופאים שאחד מהם ימונה מטעם המבוטח;

"ועדה רפואית לערעורים" - ועדה רפואית לענייני חברות ביטוח שמרוכזת על ידי חברה פרטית או בית חולים בארץ המספק שירותים של ניהול ועדות רפואיות עליונות;

"חוק חוזה ביטוח" - חוק חוזה הביטוח, התשמ"א- 1981;

"יכולת תעסוקתית" - יכולתו של המבוטח לעסוק בעיסוקו או בעיסוק סביר אחר המתאים להשכלתו, להכשרתו ולניסיונו, או יכולתו של מבוטח לעסוק בעיסוק כמוגדר בהגדרת מקרה הביטוח בפוליסה שברשות המבוטח, אם נקבעה בפוליסה הגדרה אחרת מהאמור;

"נציג שירות" - נציג בעל התמחות למתן שירות בתביעות אובדן כושר עבודה;

"ספק שירותי ייעוץ רפואי" - רופא מומחה הנותן שירותי ייעוץ רפואי ושאינו רופא החברה, לרבות תאגיד המעניק שירותי ייעוץ רפואי באמצעות רופאים מומחים;

"רופא החברה" - רופא מומחה הנותן שירותי ייעוץ רפואי והינו עובד חברת הביטוח או פועל מטעמה במסגרת הסכם התקשרות בינו לבין החברה שאינו לפי הוראות חוזר זה, ולמעט תאגיד המעניק שירותי ייעוץ רפואי באמצעות רופאים מומחים.

"רופא מומחה" - בעל רישיון לעסוק ברפואה, לפי פקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז- 1976, אשר הינו בעל תואר מומחה לפי תקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג- 1973;

"מחוז" - כאמור בהודעה על חלוקת שטחי המדינה למחוזות ולנפות ותיאורי גבולותיהם, מיום 20.3.1957;

"שירותי ייעוץ רפואי" - עריכת חוות דעת רפואיות בתחום המומחיות של הרופא הנדרש לצורך יישוב תביעות אובדן כושר עבודה;

"תביעה" - דרישה מחברת הביטוח למימוש זכויות לפי תנאי פוליסת ביטוח אובדן כושר עבודה.

"החברה ו/או חברת הביטוח" – מגדל חברה לביטוח בע"מ.

נספח א'- לוחות זמנים לטיפול בתביעות אובדן כושר עבודה

נושא	סעיף במערכת הכללים	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר
תביעה לקבלת תגמולי ביטוח אובדן כושר עבודה	4(א)	מסירת המסמכים הנדרשים בקשר להגשת התביעה	עד 2 ימי עסקים מהמועד שבו התקבלה הפנייה
	4(ו)	עדכון המבוטח בשיחה טלפונית על קבלת המסמכים ובקשת מידע נוסף לפי הצורך	עד 3 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים
	5(א)	פנייה לכל הגורמים הרלוונטיים לקביעת יכולתו התפקודית והתעסוקתית של המבוטח (לרבות חקירה ואיסוף תיק רפואי)	עד 3 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים
	5(ח)	הודעה בדבר תוצאות מהלך בירור התביעה	עד 20 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים
	6(א)	פנייה טלפונית למבוטח לצורך קביעת מועד להתייצבות לבדיקה בפני רופא החברה	עד 3 ימי עסקים ממועד ההודעה של החברה על הצורך בהתייצבות לבדיקה רפואית
	6(ב)	מועד התייצבות לבדיקה בפני רופא החברה	עד 10 ימי עסקים ממועד הפניה הטלפונית למבוטח
	6(ה)	מסירת ההכרעה בתביעה לאחר בדיקה רפואית	עד 3 ימי עסקים ממועד התייצבות או 7 ימים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת רופא החברה
ועדה רפואית	7(א)	הגשת ערעור	עד 90 ימים ממועד הכרעת החברה בתביעה
	7(ג)	הודעה למבוטח על מועד התכנסות הוועדה הרפואית	עד 3 ימים ממועד קבלת הערעור
	7(ד)	התכנסות הוועדה הרפואית	עד 21 ימים ממועד קבלת הערעור
	7(ז)	הודעה למבוטח על החלטת הוועדה הרפואית	עד 5 ימים ממועד ההתכנסות או 7 ימים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה הרפואית

נושא	סעיף במערכת הכללים	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר
ועדה רפואית לערעורים	8(א)	הגשת ערעור ע"י המבוטח	עד 90 ימים ממועד הודעת החברה על החלטת הוועדה הרפואית
	8(ב)	הגשת ערעור ע"י החברה	עד 5 ימים ממועד החלטת הוועדה הרפואית
	8(ד)	הודעה למבוטח על מועד התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים	עד 3 ימים ממועד קבלת הערעור
	8(ה)	התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים	עד 21 ימים ממועד קבלת הערעור
	8(ח)	הודעה למבוטח על החלטת הוועדה הרפואית לערעורים	עד 5 ימים ממועד ההתכנסות או 7 ימים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה הרפואית לערעורים

הליך בירור ויישוב תביעות בחברת מגדל, מגדל מקפת ויוזמה

כללי

- הליך בירור ויישוב תביעות מתבצע בהתאם לכללים שנקבעו ע"י המפקח על הביטוח .
- מגדל חברה לביטוח בע"מ (להלן: מגדל), מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופ"ג בע"מ (להלן: מגדל מקפת) ויוזמה קרן פנסיה לעצמאים (להלן: יוזמה) משקיעות משאבים ומאמצים מרובים על מנת להבטיח בירור מהיר, מקצועי והוגן של התביעות.
- על מנת להקל עליך בטיפול בתביעתך מובהרים להלן מספר דגשים על אופן ביצוע תהליך ניהול התביעה .
- בכל הנוגע להנחיות הספציפיות על פי סוג התביעה לרבות אופן הגשת התביעה, נא ראה פירוט בטופס התביעה.

אופן הגשת התביעה

1. מבוטח/עמית הסבור כי נגרם לו נזק המכוסה במסגרת פוליסה שנרכשה במגדל, או זכאי לזכויותיו במגדל מקפת או ביוזמה, מתבקש להודיע על כך באופן מיידי לחברה או לסוכן המייצג אותו, ולשלוח טופס הודעה על תביעה באמצעות:
   1.1 . דואר ישראל לכבוד:
   מגדל חברה לביטוח בע"מ ת.ד 3063 קרית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106
   מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ / יוזמה קרן פנסיה לעצמאים בע"מ ת.ד 3778 קרית אריה פתח תקווה 4951106.
   1.2 אתר האינטרנט של החברה תחת הקישור: https://www.migdal.co.il
2. הליך בירור התביעה דורש סיוע ושיתוף פעולה מצד המבוטח/עמית במסירת מסמכים ומידע הנחוצים להשלמת הטיפול בה. טפסים רלוונטיים לכל סוג של תביעה עם הנחיות ביחס לאופן מילוי הפרטים והדרכים להגשתה, וכן בירור במקרה של ספק ביחס לסוג התביעה ולטופס בו יש לעשות שימוש, ניתן לקבל :
   2.1 . באתר האינטרנט של מגדל / מגדל מקפת / יוזמה כמפורט בס"ק 1.2 לעיל.
   2.2 . בפניה בטלפון 03-9201010 או בכתב, לכתובת הרשומה לעיל סעיף 1.1.

המסמכים הנדרשים לבירור התביעה

3. בסמוך למועד קבלת התביעה, יימסר לתובע אישור על כך שהתביעה התקבלה, פירוט המסמכים הנדרשים לצורך בירור התביעה והנחיות ביחס לאופן הפעולה הנדרש מהתובע.
4. במהלך בירור התביעה יכול ותבוצע פנייה למבוטח/עמית לצורך קבלת מידע ומסמכים נוספים היה ויתברר שדרושים לשם השלמת בירור התביעה ואפשר שגם החברה תפעל לאיתור מידע נוסף לרבות מצדדים שלישיים.
5. הודעה על המסמכים ואישור על כך שהתקבלו בחברה ומסמכים ו/או מידע שהתבקשו וטרם נתקבלו, תימסר לתובע בסמוך לקבלת המסמכים והמידע כאמור.
6. עיכוב במסירת מידע או מסמכים מסויימים שהתבקשו ומצויים בידי עלול לגרום לעיכוב בבירור התביעה, או לעיכוב בתשלום תביעה שאושרה.

שימוש בשירותי מומחה

7. לשם בירור התביעה יתכן והחברה תיעזר בשירותיו של מומחה לצורך בחינת חבותה ו/או לצורך הערכת הנזק, מומחה כאמור יכול וייפגש עם המבוטח/עמית ויכול שלא. כמו כן, במקום בו היא מוצאת לנכון, יכולה החברה להפעיל חקירה סמויה לצורך בירור התביעה. לעניין זה "מומחה" - בעל מומחיות בבירור חבות ו/או הערכת נזק כגון: שמאי, מומחה רפואי, מהנדס, חוקר, רואה חשבון וכדומה.
8. החברה מבקשת להדגיש כי מומחה כאמור פועל מטעמה ועל חשבונה של החברה בלבד. המבוטח/עמית, ככל שהוא מוצא לנכון, זכאי להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה.

שימוש במאגר היסטוריית תאונות של כלי רכב:

9. לשם בירור התביעה יתכן והחברה תפנה בשאילתה לקבלת נתונים על כלי הרכב מ"מאגר היסטוריית תאונות של כלי רכב" המופעל ע"י איגוד חברות הביטוח.

10. הנתונים שיתקבלו מהמאגר יתייחסו למבטחיו הקודמים של הרכב, סוגי הביטוח ופרוט התביעות ב- 7 השנים שקדמו לתאריך האירוע.
11. עלות השאילתה תחול על חברת הביטוח.

עדכון על מהלך התביעה

12. במהלך בירור התביעה יישלחו למבוטח/עמית הודעות המשך בירור ובמסגרתן יובהרו הסיבות שבעטיין טרם ניתנה הכרעה בתביעה ופירוט, ככל שיהיה צורך, אודות מסמכים או מידע שהתבקשו מהתובע וטרם נמסרו.
13. החברה תחדל ממשלוח הודעות כאמור בהתקיים אחת מהסיבות הבאות:
    13.1 עם השלמת בירור התביעה;
    13.2 אם שתי הודעות המשך בירור שכללו דרישה של החברה למסירת מידע ו/או מסמכים נוספים לא נענו;
    13.3 אם המבוטח/עמית הגיש תביעה נגד מגדל ו/או מגדל מקפת ו/או יוזמה לערכאות משפטיות.

השלמת בירור התביעה

14. על החברה להשלים את הבירור בתביעה במועד שנקבע על ידי הממונה על שוק ההון ו/או על פי הפוליסה ו/או הדין. מיום שיהיו בידיה כל המסמכים והמידע הדרושים לה לצורך בירור התביעה.
15. השלמת בירור התביעה משמעה סיום הטיפול בתביעה באחת מן הדרכים הבאות:
    15.1. קבלת מלוא התביעה.
    15.2. קבלה חלקית של התביעה.
    15.3. דחייה של התביעה במלואה .
    15.4. חתימת הסכם פשרה עם המבוטח/עמית.
16. הודעה על קבלת תביעה במלואה או בחלקה תימסר למבוטח/עמית בכתב ותכלול פירוט ביחס לגובה הנזק ואופן חישובו .
17. הודעה על דחיית תביעה במלואה או קבלה חלקית של תביעה תימסר למבוטח/עמית בכתב ותכלול פירוט הנימוקים בגינם נדחתה התביעה כולה או חלקה.
18. במקרה והמבוטח/עמית יגיע לפשרה עם נציגי החברה, תשלח אליו הודעת פשרה בכתב בה יפורטו עיקרי הפשרה ותינתן לו שהות מספקת לעיין בה. הפשרה תיכנס לתוקף רק לאחר חתימת המבוטח/עמית על הסכם הפשרה.
19. במקרה שהתקבלה תביעה לתשלומים עיתיים (למשל, פיצוי חודשי בגין אובדן כושר עבודה או פנסיית נכות), רשאית החברה לבחון מעת לעת מחדש את זכאותו של המבוטח/עמית בהמשך תשלומים אלה והכל על פי כללים המוצגים באתר האינטרנט של מגדל ומגדל מקפת. תחת הקישור כמפורט בס"ק 1.2.

ענפי ביטוח עליהם חל הליך ביטוח זה

20. הליך יישוב ובירור התביעה המפורט לעיל מוגבל לתביעות שיוגשו מכח פוליסות שנמכרו על ידי מגדל באחד מענפי הביטוח הבאים:
ביטוח חיים - לגבי סיכוני אובדן כושר עבודה וריסק מוות בלבד; ביטוח מפני תאונות אישיות; ביטוח מפני מחלות ואשפוז, למעט ביטוח שיניים ולמעט ביטוח בריאות לעובדים ושוהים זרים בישראל; ביטוח לפי דרישות פקודת ביטוח רכב מנועי (ביטוח חובה) ביטוח רכב מנועי – רכוש (עצמי וצד שלישי); ביטוח מקיף לדירות; ביטוח מטען, תאונות, מחלות ואשפוז בנסיעות לחו"ל וכן לתוכנית פנסית נכות ופנסית שארים הנמכרת ע"י מגדל מקפת.

אי הסכמה להחלטת החברה בנוגע לתביעה

21 . מבוטח/עמית הרואה עצמו מקופח מהחלטת החברה לעניין התביעה רשאי להמשיך ולפעול באחת מהדרכים הבאות:
    21.1 להשיג על ההחלטה בפני הממונה על פניות הציבור במגדל ומגדל מקפת;
    21.2 להשיג על ההחלטה בפני הממונה על שוק ההון ביטוח וחיסכון במשרד האוצר;
    21.3 לפנות לערכאה משפטית.

21.4 במקרה של השגה על החלטה/ות בסוגיות רפואיות במגדל חברה לביטוח בע"מ ובקרן פנסיה - מקפת יש להעביר לועדה רפואית ולועדה רפואית לערעורים.
יוזמה - להעביר החלטה לבוררות.