



מספר זהות	שם המבוטה
מספר פוליסה	שם הסוכן

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 למחלקות תביעות חיים במגדל ולמלא אחר ההנחיות של להלן:

בשלב הראשון:

עליך למלא את כל הפרטים המבוקשים ולהעביר אליו טופס תביעה מסווג 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 וסיכון אשפוז אם ישנים המעידים על אובדן הכהר.

3. פרוטוקול והחלטות המוסד לביטוח לאומי ככל שהוגשה אליו תביעה.

4. אישורי הכנסתה:

- **מבוטח שכיר** - יש לצרף 12 תלושים שכר אחרים לפני קרות מקרה הביטוח, וככל שחררת לעבוד באופן מלא או חלק,

תלושי שכר מיום חזרתך למעגל העבודה.

- **מבוטח עצמאי** - יש לצרף אישור רואה חשבון על הכנסתה שנתית החיבת במס או דוח שומה לשנה שקדמה למקרה הביטוח, וכן אישור רואה חשבון על הכנסתה שנתית לאחר מקרה הביטוח, ככל שקיימות הכנסתות כאמור.

- **מבוטח שMahon 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 רפואי" חתום, כולל סעיף "עד לחתימתה יכול להיות - עו"ד/רופא/அחות/
עובד סוציאלי/פסיכולוג/סוכן הביטוח בצרוף חותמת הסוכן ולא חותמת סוכנות הביטוח או תצלום רישויון סוכן תקף)(מצ"ב).

* עד לחתימתה נדרש על פי חזור משרד הבריאות 15/2003 מתאריך 9.3.2003.

7. טופס 101 (מצ"ב).

מה יקרה בהמשך:

לאחר קבלת הטופס והמסמכים שהבקשו תיבחן על ידנו זכאותך לכיסוי ביטוח, בכפוף לתנאי הפוליסה והגדרותיה.

אם הכל בורור ותיקן - נבחן זכאותך לתשלום תגמול ביטוח בגין אובדן כושר עבודה בהתאם לתנאי הפוליסה.

אם תידרשנה הבהרות כתשchan - לאחר הגשת המסמכים שמצוינו לעיל, עשויה החברה לדרש פרטים נוספים, מסמכים רפואיים ומסמכים אחרים, לפי הצורך.

אם יתרברר שאין זכאות לתשלום תגמול ביטוח על פי תנאי הפוליסה תישלח אליו הודעה עם פירוט הסיבה בגיןה אין לך*ן* תגמול ביטוח, וזאת לאחר שייהו בידינו מלא המסמכים והפרטים הנדרשים לבירור החבות.





שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

דף הנחיות לטופס 619 הגשת תביעה - אובדן כשר עבודה - המשך

אופן הגשת התביעה:

אפשרותך לנحال את תביעתך באמצעות שירות "הגשת תביעה בכתובת.il" באתר החברה בכתובת www.migdal.co.il או דרך אפליקציית מגדל בניין.

שירות "הגשת תביעה Online" מאפשר לך להגיש תביעה, להעלות מסמכים חסרים ולצפות בסעיפים 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 למועד התביעות בטלפון 076-8865871 ביום 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 לכטובת המופיע מטה עבור: **מחלקה תביעות חיים**
- לטיית דואר אלקטרוני: haimtviot@migdal.co.il

lidut@, טופס זה אינו מהו התחייבות לתשלום /או הכרה בזכות תשלום כלשהו ואין בהגשת טופס התביעה כדי להאריך את תקופת התביעות הקבועה בחוק.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה

ברכה,
מחלקה תביעות חיים



מספר זהות	שם המבוטה
מספר פוליסה	שם הסוכן

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

הגשת תביעה - אובדן כושר עבודה

טופס מס' 619

א. פרטי המבוטה		מספר זהות
תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה
ת"ד	מספר דירה	כתובת מגורים (רחוב)
מספר בית	מספר דיר	מייקוד
מספר טלפון נייד	מספר טלפון	דואר אלקטרוני
שם קופת חולים		שם הרופאים המטפלים / טיפולו שלא באמצעות קופת החולים
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומי <input type="checkbox"/> מאוחדת		

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

* הצהרה למקשימים לקבל הודעות בדו"ר אלקטטרוני:

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוון החוק / או הפוליסות שיש לי במגדל חברה לביטוח בע"מ, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למabitוח מידע / או מסמך בכתב, תהיה לחברת או למי מטעמה אפשרות להעביר אליו את המידע / או המשمر בדו"ר אלקטטרוני לתוכנת האי-מייל שנרשמה על ידי בטופס זה, אף אם הוא כולל "מידע רגש" מהגדרטו בחוק הגנת הפרטויות.

דוא"ר אלקטרוני * (יש למלא גם מספר טלפון נייד)

דוא"ר ישראל

* הודעות החברה ישלוו אליו בנוסח גם בדו"ר ישראל.
בהתאם לתשובה, הודעות החברה ישלוו אליו בהתאם להוראות
במערכת הכללים המצורפת לטופס זה.

1. למקשימים לעדכן את פרטי ההתקשרות המופיעים בסעיף א' בכל מערכות החברה יש לסמן ולצערף תצלום תעודה זהות כולל ספח

ידוע לי והנני מאשר כי הפרטים שייעדכו יושמו את ה"חברה" (מגדל חברה לביטוח בע"מ ומגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ) לצורך יצירת קשר עםם בקשר לכללי הביטוח ו/או קופות הגמל שיש ברשותך בחברה.

2. אישור למשלו משלוח מסמכים ומידע ל███ הסוכן בדבר תביעה זו. יש לסמן ולרשום את שם הסוכן ███ מס' סוכן ███
הנרי מאשר בזאת למגדל חברה לביטוח בע"מ (להלן - "מגדל") לשלו ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח שלו רשות מעלה את כל התוכנות ו/או המסמכים הקשורים ל התביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם התביעה זו ו/או מידע רפואי שנדוע למגדל אגב התביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה ו/או התביעה כלפי "מגדל" בכלל הנוגע להעברת המידעים ו/או המסמכים לרבות המידע הרפואי ל███ הסוכן של לטלפ בשמה בתביעה לפני סעיף זה, הוא לא יוכל לקבל מידע הקשור בתביעה זו.

הנרי מאשר בזאת כי העתקי התוכנות ו/או המסמכים הקשורים ל התביעה, לרבות פירוט הpolloיסות שבנה הנני מבוטח ב"מגדל" (שאין בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שליל), שהנני מיפוי את כוחו בהסכםיו זו, הינו הסוכן המטפל בהן), יעביר בכל מקרה ל███ הסוכן המידע שלו בpolloיסה.

תאריך	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	חתימה *
-------	----------	---------	-----------	---------

ג. פרטי האירוע / מצב בריאות

1. אובדן כושר העבודה הנטען נגרם עקב: מחלת תאונת דרכים תאונה אחרת, פרט:

2. מת קرتה התאוננה או מת הופיעו לראשונה סימני המחלת?

3. נא פרט על מהלך הסיבות והתוצאות של התאוננה / מחלת?

4. האם הינך עדין מאושפז בבית חולים / בית החולים אחר? לא כן, פרט:

5. מי הם הרופאים או המוסדות שטיפלו לך בעקבות אירוע זה?

6. מתי עבדת לאחרונה בעבודתך הרגילה? אצל איזה מעסיק? מתי הפסיקת לעבוד בפועל גם אם שולמו לך ימי מחלת?

7. האם שבת למקום העבודה או לסייעך מזאך קرتה התאוננה או מזאך התחלת המחלת? לא כן.

במידה והתשובה הינה כן - אנא מלא את תאריך חזרתך לעבודה:

8. האם הינך מסוגל לעבודה כלשהי? לא כן, פרט את סוג העבודה:





מספר זהות	שם המבוטח
מספר פוליסה	שם הסוכן

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

ג. פרטי האירוע / מצב בריאות - המשך

9. האם הינך עוסק כתעבודה כל שהוא למשך או תגמול? לא כן, נא פרט הייקף מושרה:

נא פרט את הכנסהך החודשית ברוטו:

10. האם תוכל לדעתך לשוב לעבודתך או לעסוק טרם קרות האירוע? לא כן, פרט מודיע:

ד. פרטים נוספים על המבוטח / תעסוקה

האם שינית את המקצוע / משיח יד / העיסוק מאז הוצאה הפוליסה הנ"ל? לא כן, נא פרט:

עסוקך האחרון טרם קרות האירוע:

עסוקים קודמים במהלך שלוש השנים האחרונות:

מקום העבודה: _____ מקצוע: _____

סטטוס העסקה שכיר בעלי שותף בעסק

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

כמה עובדים יש בעסק?

כמה עובדים תחת אחוריותך / פיקוח?

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

האם הנך עסוק במגעים עם ספקיים? כן לא,

האם הנך עסוק במגעים עם לקוחות? כן לא,

האם הנך מטפל בכיספים? כן לא,

האם הנך עבד פיסית? כן לא, תאר במדויק את פעולותיך ומשך הפעולות במהלך יום העבודה:

האם תוכל לדעתך לעבוד בעבודה אחרת או בעסוק שונה? לא כן, פרט:

האם ברשותך ביטוחים אחרים כגון: נכות מתאוננה 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 קיבל תשלומים חדשים בגין אובדן הכושר לעבודה או בגין הפנסיה שמקורות במעסיק, חברת הביטוח, קרן הפנסיה, ביטוח לאומי, צה"ל/משרד הביטחון וכו'

לא כן, פרט מקור התשלומים: _____ הסכם החדש: _____ תקופת התשלומים: _____

האם הגשת תביעה בגין האירוע לפחות לאומי? לא כן, ואלו כל גורם אחר? לא כן, פרט:

האם הגשת תביעה בגין האירוע לפחות מגדל? לא כן, מספר התביעה: _____ באיזו מחלוקת?





מספר זהות	שם המבוטה
מספר פוליסה	שם הסוכן

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

ה. אופן תשלום התביעה

תגמולי הביטוח משולמים באמצעות הפקדה לחשבון הבנק.

במידה והتبיעה תואשר, אני מבקש לזכות את חשבוני בבנק שפטוי להן בגין תגמולי הביטוח.

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

אני מאשר מצהיר ומתחייב כדלקמן:

- כל הנתונים שמספרי לכטם לגבי העברת הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על ידי.
- אני מצהיר בזאת שהחשבון הוא עלשמי/ או משותף לי/ ובת זוגי.
- ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי ועל אחריותי בלבד.
- אני מותר על כל טענה/ דרישא/ תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
- ידעו לי שאון בהסכם זו משום התcheinות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוח או בגובה תגמולי הביטוח.
- ידעו לי ואני מורה לחברת הבנק שמספרי לחברה, לקבלת תשלום לשובתי, תפנה החברה לבנק הרלוונטי (להלן: "הבנק"), באמצעות מרכז סליקה בנקאי (מס"ב), לאינומנות ובידיקת תקינות כל פרט שمطلوب בבקשתו של מטה, מספר ציהוי ומספר חשבון בנק, וזאת על מנת לוודא כי הכספיים יועברו לחשבוני (להלן: "הליך האimoto"). הנני מאשר לבנק באמצעות מס"ב להשב בבקשת האimoto לעיל, ובכך הנני מותר על חובת הסודיות שהבנק/ או החברה החיבים כלפי תוק ויתור על כל טענה/ דרישא/ או תביעה לפני הבנק/ או מס"ב/ או החברה, בניגע להליך האimoto, כאמור. ידעו לי ואני מסכימים כי תיעוד הליך האimoto ישמר במאגרי המידע של החברה. עוד ידעו לי כי גינוי רשאי לחזור בי מהסכם דלעיל, באמצעות פניה לחברת, בלבד שהבקשה לאימתות טרם נשלחה במס"ב.

חתימה *

ו. הצהרות המבוטה

אני ח"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 הפרטויות**: ידעו לי כי המידע שמטרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמ索ר (ביחד להלן: "המידע") יישמר במ Lager המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ/ או מגדל מקפת קרכנות פנסיה ו קופות גמל בע"מ/ או גופים בשליטה מגדל אחזקות ביטוח ו פיננסיים בע"מ/ או מי מטעמן (ביחד להלן: "קבוצת מגדל")/ או ישות& בעיניהם, ויועבד בהתאם לשימושים המנויים במידיניות הפרטויות שנזכרת להלן, לרבות בכל עניין הקשור ניהול, תפעול ושרות של פוליסות, תוכניות/ או מוצריהם על שם/ פילות ועיבוד סטטיסטי, דיוור שיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיים חוות שבדין. ידעו לי כי מסירת המידע תמנע מגבצת מגדל את יכולות לספק לי את השירותים באופן מיטבי.

אני מאשר כי המידע יועבר לצדדים שלישיים לצורך המטרות הנ"ל, לרבות לסוכני ביטוח, בעלי רישיון, ספקים, מבטחים משנה, גורמים מתפעלים ונותני שירותים. ידעו לי כי בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, התשמ"א-1981, הנני רשאי לעיין במידע שמנוהל לגביי, וכי יש לי את הזכות לבקש את תיקוני אם נמצא כי אין שלם או מעודכן. בקשה למימושזכות העין, ניתן לפנות למועדן קשי הלקוחות באמצעות טלפון 03-9201010 או דואר mokedbi@migdal.co.il.

מידיניות הגנת הפרטויות זמינה עבורך בכתבota <https://www.migdal.co.il/support/privacy-and-data-security> או באפליקציית מגדל.

ידעו לי כי עלי להודיע לחברת על כל שינוי במצב רפואי/ או התעסוקתי/ לרבות חוזרה לעבודה בעיסוק ובאיזה מידה ככלותם.

מספר ת.ז.	שם המשפחה	שם פרטי	תאריך

חתימה *



016196190505010625

עמוד 5 מתוך 23 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 619

עובד מגדל: כן לא

<input type="checkbox"/>				
מס' זהות				
<input type="checkbox"/>				
0	סוג המסמך	דפים	סוג	מס' זהות

לשימוש
פנימי
 בלבד
(סרייה)

חותמת קבלה	
------------	--

המוסד לביטוח לאומי
מיניבת הביטוח והגביה
מעסיקים
סניף _____



לכבוד

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

פרטי המבוקשת		שם משפחה	
מספר זהות ס"ב	שם פרטי	שם משפחה	
<input type="checkbox"/>			
כתובת		רחוב / תא דואר	
רחוב / תא דואר	מספר בית	כניסה	דירה
מייקוד			
טלפון קווי		טלפון נייד	
דואר אלקטרוני:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
@ _____		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> אני מסרבת לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לדייעך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי ישלוו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.			

הצהרה

2

אני מצהירה בזאת כי בתקופה שבנדון אני אישת נשואה, עקרת בית ואני עובדת מחוץ למשќ בית, אני מקבלת חלק שכר (כדוגמא: ימי מחלאה או ימי חופשה), אני נמצאת בחו"ל ואני מקבלת אחת מהמחלאות המחלפות שכר (דמי לידה, שמירת הריוון, דמי פגיעה ופש"ר), כמו כן, בעלי הינו "תושב ישראל".

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

תאריך _____ חתימת המבוקשת ✕



ויתור על סודיות רפואית וככלית

A. פרטי המזהיר והצהרת ויתור סודיות

אני חתום:

שם האב	שם משפחה	מספר זהות
שם פרטי		
טלפון		
רחוב	מספר בית	מספר דירה
		ת"ד
	מספר מיקוד	מספר ישוב

נותן בה רשות לכל עובד רפואי / או רופא לרבות בתים חולים ומרפאות לרבריאות הנפש ובכלל זה המרכז לרבריאות הנפש ובריאות הגוף, קופות החולים, רופאיין, עבדיהן / או מי מטענים / או ליל שעבד של הנוסך לביטוח ללאומי / או לבבא גננה לישראל / או למשרד הביטחון לרבות השתלשות רפואי / או שירות בת"י רפואי / או מושדר הפליטות / או מושדר הפליטות העלייה / או למשרד הפליטות הפליטות / או למנהל האוכלוסין / או משטרת הגבולות תעודת בירור רפואיים על נסוע - כנויות ויצאות מהארץ / או למשרד הבריאות להידקה לקאניביס רפואי / או למכוון גמילה / או לשוכת הבריאות – קריטיס טיפולقلب / או בת"י אבות / או לעיריות לרבות לשכות ברדיום / או למכוון לטביחות ברדיום / או למכוון לטביחות רפואי בע"מ / או למכוון לטביחות רפואיים קרנות פנסיה בע"מ / או למשרד העבודה מסודת המנהלים קרנות פנסיה (לרובות עמידם, מקפת ומחטים קרנות פנסיה בע"מ) / או למשרד התעסוקה / או לכל חברות הביטוח למסoor -

(להלן: "המבקשים") / או מי שמציג כתוב הרשות להפעול מטעם לאיסוף מידע, את כל הפרטיהם המציגים בידי נוטני השירותים שיפורטו להלן ללא יצוא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבם הבריאותי / או הסוציאלי / או הפסיכיאטרי / או פסיכולוגי / או מאכבי בתחום הסיעודי / או השיקומי / או כל חלקו של תיכון בין תביעות מכל סוג / או תאונות עבודה / או תאונות דרכים / או קידומות / או מאחרות כול שלמים, סכום הסיכון ומועד.

מי שוחרר בהা את כל המסודת הדלעיל לרבות קופות החולים / או כל מוסף ממוסדות רפואיים כולל בת"י חולים כללים / או פסיכיאטריים / או שיקומיים וכל סיכון מסוימיו מוסדותיהם, לרבות מכון מור / או ב"ח גהה / או מרפאות לרבריאות הנפש / או את כל מושרי המשללה המופיעים לעיל, חברות הביטוח והמוסדות הנהולים את קרנות הפנסיה, מחובת טעריה על שמי כולן חומר הרפואי או השיקומי / או הסוציאלי / או הפסיכיאטרי / או הפסיכולוגי / או הגנטי ומתריר להם בזאת מתן כל תיק שנפתח על שמי כולן חומר הרפואי במחשב מאגר המידע אצל נוטני השירותים שיפורטו להלן, כולל תיק תביעה מלא, לרבות המוסף לביטוח לאומי שלמים ומשלם לי, לרבות מידע מוחלקל רציפות ביטוח במיל"ל.

הנני מוויתר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המסודת לרבות קופות החולים / או מי מרופאים / או עובדים / או נוטני השירותים שלהן, כל טענה או תביעה מסווג כלשונו בקשר למסורת מידע אכומו.

הצהרות והסתומות **לפי חוק הגנת הפרטויות** ידוע לי כי המידע שמוסרתי במסמך זה וככל מידע נוסף רשוף שאמסור (ביחד להלן: "המידע") ישמר במאגרי המידע של מגדר חברה לביטוח בע"מ / או מגדר מלוקט קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ / או גופים בשליטה מגדר אחזקות ביטוח ופנסיות בע"מ / או מי מטעמן (ביחד להלן: "קובצת מגדל") / או ישוקף בינהם, ויעוד בהתאם לשימושים המוניים במדיניות הפרטויות שזכרת להלן, לרבות בכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושרות של פוליסות, תוכניות / או מוצרים על שם, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיים וחובות שדרין.

מי מאשר שהמידע נמסר מרצוני ובהסכמה ולא חלה עלי חוזה חוקית למסורו אותן. כמו כן, ידוע לי כי מסירת המידע תמנע מגבוצת מגדר את יכולת לספק לי את השירותים באופן מיטבי.

מי מאשר כי המידע יועבר לצדדים שלישיים לצורך המטרות הנ"ל, לרבות לסוכני ביטוח, בעלי רישיון, ספקים, מבטחים משנה, גורמים מתפעלים ונוטני שירותים. ידוע לי כי בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, התשמ"א-1981, הנני רשאי לעזין במידע שמנוהל לגביי, וכי יש לי את הזכות לבקש את תיקו אם נמצא כי אין שלם או מעודכן. בבקשתו לימוש זכותה העיון, ניתן לנמק קשי הלוקחות באמצעות טלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני mokedel@migdal.co.il או<https://www.migdal.co.il/support/privacy-and-data-security> מдинיות הגנת הפרטויות זמינה עבור בכתובה מגдал.

כתב ויתור זה מחיב אותי, את עוזבוני ובאי כוחו החוקיים וכל מי שיובא במקומי.

השימוש במידע יעשה לצורכי צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד

פרטים נוספים

שם קופת החולים	סניף	מספר איש בצה"ל	מספר חבר	שם קופת חברים קודמת
שמות נוטני השירותים לרבות רפואיים, מכונים, מעבדות, בת"י ספר, גנים				
.4	.3	.2	.1	

B. במקירה של קטין

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

C. ייפוי כוח

הריני מיפה את כוחו של נציג משרד ע"ד _____ או מי שמציג כתוב הרשות לפועל מטעם חברותנו, לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.	תאריך _____
חתימה (במקירה של קטין - חתימת האפוטרופוס) ★	





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

ד. עד לחתימה

(שם+ת.ז) וחתום על מסמך זה.		הופיע בפני המבוטה	אני ה"מ מאשר כי בתאריך
עד לחתימה יכול להיות - סוכן ביטוח / ע"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / סוכן הביטוח בצירוף חותמת הסוכן ולא חותמת סוכנות הביטוח - כלל צילום רישיון סוכן.			
<input type="text"/>	חתימת העד וחותמת כוללת מספר רישיון *	<input type="text"/> מספר זהות	<input type="text"/> שם העד חתימה
		<input type="text"/>	תאריך

ה. חתימת המבוטח

<input type="text"/>	חתימת המボטח *	<input type="text"/> מספר זהות	<input type="text"/> שם פרטי שם משפחה
		<input type="text"/>	תאריך



כרטיס עופד⁽¹⁾

סמן/י ✓ בריבוע המתאים

ובקשה להקלת ולת'אות מס אל ידי המשסיך⁽¹⁾

לפי תקנות מס הכנסה (ニッケイ マッシュコロト ومשכער עבודה), התשנ"ג - 1993



שנת המס

טופס זה ימולא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנה מס (אך כהנהלא אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא לטעון הקלות במס וולעריךת תנאיומי מס בחישוב משכורת⁽¹⁾ העובד. אם חל שינוי בנסיבות - יש להציג על כך תוך שבועיים.

א. פרטי המUSIC (למילוי ע"י המUSIC)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
מגדל חברה לביטוח בע"מ	ת.ד 3063 קריית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106	03-9201010	9 3 0 0 0 0 9 4 8

ב. פרט העובדת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספה. אם נדרש בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים. למי שאין מספר תעודה זהות יש לצרף צילום דרכונו אישור / רישיון שהייה בישראל שתנו על ידי רשות האוכלוסין וההגירה)

ג. פרטנים על יядוי שבסנת המש טרם מלאו להם 19 שנה (על-פי ספר תעודה זאת) ד. פרטנים על הכנסתותי מעמיסק זה

סמן/י ליד שם הילד: בטור 1 אס הילד נמצא בחזקתון אן מיקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)

בטרור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל

תאריך וначала העבודה בשנת המשך		אני מקבל/ת: (האה הסברים מעבר לדף)
		משכורת חדש ⁽²⁾
		משכורת بعد משירה נוספת ⁽³⁾
		משכורת חלקיות ⁽⁴⁾
		שכר עבודה (עובד יומי) ⁽⁵⁾
		קצתבה ⁽⁶⁾
		מלגה ⁽¹⁾

ה. גראטים על הכנסות אחרות

- אין- ל*הכנסות אחרות* מושכרות (משכורת חדש, עד מרשה נוספת, משכורת חיליקית, שכר עבודה), מקצבה וממלגה⁽¹⁾
- ל*הכנסות אחרות* כמפורט להלן:
 - שכר עבודה (עובד יומי)⁽²⁾
 - משכורת חדש⁽³⁾
 - משכורת بعد מרשה נוספת⁽⁴⁾
 - קצבה⁽⁵⁾
 - משכורת חיליקית⁽⁶⁾
 - מלגה⁽¹⁾- אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/*י*:
 - אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס נגד הכנסתי זו (סעיף ד). אני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת⁽⁷⁾
 - אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן אני זכאי/ת להן נגד הכנסה זו⁽⁸⁾
 - אין מפרשים עבורי לקרוא השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שככל הפרשות המבוקשין לקרוא השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת⁽⁹⁾
 - אין מפרשים עבורי לקבע/לביתו אובדן כושר העבודה/פיזיונים בגין הכנסתי האחרת, או שככל הפרשות המבוקשין לקבע/לביתו אובדן כושר העבודה/פיזיונים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת⁽¹⁰⁾

ו. פרטיים על בן/בת הזוג

מספר זוגות (6 ספרות)	שם המשפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
<input type="text"/>				

ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים בקשה להקללה בחישוב המס מעבר לדף)

חותימת העובד/ת	תאריך ההודעה	פֿרְטִי הַשִּׁינּוֹן	תאריך השינוי
	/ /		
	/ /		
	/ /	עמוד 9 מתוך 23 דפים	

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

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> אני תושב/ת ישראל.

2 <input type="checkbox"/> אני נכה 100% / עיוור/ת לצמיהות. מצורף אישור משרד הבריאות/האוצר/פקיד השומה/תעדות עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94.
אם לא סומן בחלק ה ci "אין לי הכנסות אחרות משמכורת, מכספיה וממלגה" העובד יופנה לפקיד השומה לעירית תיואם מס. |
| 2 <input type="checkbox"/> בנוסף, אני מקבל תגמול חדשני לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) או לפי חוק התגמולים לנגעים פועלות איבה ⁽¹⁴⁾ . יש צורך אישור על קבלת תגמול זה. |
| 3 <input type="checkbox"/> אני תושב/ת קבועה/ בישוב מזכה ⁽¹³⁾ מתאריך ______. אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה,
ומתגוררים ביישוב ______. ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312A. |
| 4 <input type="checkbox"/> אני עולה חדש/ה מתאריך _____.

לא הייתה לי הכנסתה בישראל מתחילה לשנת המס הנוכחית עד תאריך _____.
מי שתקופת זכותו אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, למועדים על תיכונים או יצאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה.
חו"ה לפחות: תעודת עלה. |
| 5 <input type="checkbox"/> בגין/בת זוגי המתוורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס.
רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגעה/ לגיל פרישה או שהואה/ היא נכה או עיוור/ת עפ"י סעיף 6(5) לפוקודת. |
| 6 <input type="checkbox"/> אני הורה במשפחחה חד הורית ⁽¹¹⁾ החי בンפרד. מולא רקע ע"י הורה כאמור החי בンפרד ומבקש נקדות זיכוי עבור ילדי, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם ייחד/ה אחר/ת. |
| 7 <input type="checkbox"/> בגין ילדי שבחזקתי המפורטים בחלק ג.
מולא רקע ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י נשואה או ע"י הורה יחיד ⁽¹²⁾ .
8 <input type="checkbox"/> מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____. <input type="checkbox"/> מספר ילדים شاملו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____.
9 <input type="checkbox"/> מספר ילדים شاملו להם 5 שנים אחוד עד 5 שנים בשנת המס _____. <input type="checkbox"/> מספר ילדים شاملו להם 18 שנים בשנת המס _____.
10 <input type="checkbox"/> בגין ילדי המפורטים בחלק ג. מולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשר לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד ⁽¹²⁾ .
11 <input type="checkbox"/> מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____. <input type="checkbox"/> מספר ילדים شاملו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____.
12 <input type="checkbox"/> מספר ילדים شاملו להם 5 שנים אחוד עד 5 שנים בשנת המס _____.
13 <input type="checkbox"/> בגין/בת זוגי לשעבר. מולא ע"י מי שנשא באשנית. מצורף פסק דין.
14 <input type="checkbox"/> מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.
15 <input type="checkbox"/> בגין סיום לימודי לתואר אקדמי, סיום התמחויות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119. מצורף צילום של תעודה שחרור/סיום שירות. |

ט. אני מבקש/*ת* תיאום מס מהסיבות הבאות (סמן/*ו*✓ בריבוע המתאים)

- | 1 | <input type="checkbox"/> לא הייתה לי הכנסה מתחילה לשנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודהתי אצל מעסיק זה. | | | | | |
|---|--|-----------|------------------|---|-------------------------------|-------------|
| | הערות: 1. יש להזכיר הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחללה וכי"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקידי השומה.
2. דמי לודזה ודמי אבטלה הם הכנסה הייתם. | | | | | |
| 2 | <input type="checkbox"/> יש לי הכנסות נוספת ממשך ⁽¹⁾ כמפורט להלן: | | | | | |
| המעסיק / ממשאות ⁽¹⁾ כמפורט להלן: | שם | כ.ת ו.ב.ת | מספר תיק ניכויים | סוג הכנסה
(עוברת/קבוצה/
מלגה/אחר) | הכנסה חודשית
(לפי התלוישם) | המס שnochka |
| | | | 9 | | | |
| | | | 9 | | | |
| | | | 9 | | | |

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסתרי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשםטה או מסירת פרטם לא נוכנים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע/ת מעסיק על כל שניינו שיחול בפרטתי האישיים ובפרטם דלעיל תוך שבועיים מהתאריך השני.

תאריך חתימות המבוקש/ת

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) עבד יהוד המכבל משכורת. מושיק' אדם המכחים משכורתה. משכורת' הנקנת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוותה, מילגה וכי'ב.

- משכורת חודש (2) – משכורת בערבה של לא פחות מ - 18 ימים בחודש.
 - משכורת גוספת (3) – משכורת בערך משרה גוספת – משכורת בערך אבעה של יותר מ - 5 שבועות בזימן. גוסף למשכורת ו/או בגין

- (4) משכורות חיקית**
- משכורות בודאות יסוד של 5 שעות או פחות ליום או משכורות בעוד עבודה ב- משכורות חיקית יסוד מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה

- (5) שכר עבודה – שכר עבודה של פהות מ- 18 ימים בחודש אך לא פחות מ- 8 שעות בשבוע, משchar עבודה ינכה מלפני לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינכה מסלפי לוח הניכויים.

- (6) קצבה** - אין לדוח על קצבה פטורה מביתוח לאומי וקצתת שאים שcollה פטורה

- (7) אם העובד לא מילא **משבצת זו** - המUSICן מונע מלנכחות מס לפיה היגייניים ויש למכות מס מרובה לפיה התקנות מכל תשולומי המUSICן.

(8) אם העובד מילא **משבצת זו** - המUSICן מונע מלנכחות מס לפיה היגייניים ויש למכות מס מרובה לפיה התקנות מכל תשולומי המUSICן.

- (9) אם העובד לא מילא משכבות צו - על המעסיק לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקו השתלמויות ולנכונות

- (10) אם העבד לא מילא משכצת זו - על המUSICן לצרף למשכצתה את סכומי הפניות ללקוח/לאובדן כושר לעבודה ולכנת מס לפי התקנות או לפעול לפני אישור תיאום מס מפ"ש.

(11) הורה במשפחה חד הווית הוא אחד מלאה: הווק, גירוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).

- (12) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית יהיה לו ילד אחד עד מהן 23 דיברים

- (13) שוב מוכבה - ישב שחיל עליון סעיף 11 לפקודה

- (14) **עובד י מלא משכצת זו (זב')** - **וכך בתנאי** שמיילא את המשכצת נ

כללים ליישוב תביעות אובדן כשר עבודה

מגדל חברה לביטוח בע"מ

מגדל חברה לביטוח בע"מ חרתה על דגלה את נושא "ישוב תביעות אובדן כשר עבודה".
במסגרת זו עשינו ונעשה את כל הדרוש ליישוב התביעות באופן הוגן ומהיר, תוך ליווי אישי וסיעע למבוטח ה Zukok למו בעת צרה.

מערכת הכללים שתפורט להלן, הינה מערכת הכללים שתחייב אותנו בעת "ישוב התביעה".

בנוסף למערכת כללים זו, ולשם הנגשת הנושאים הנדונים בו, לרשותך תמצית ההוראות במסגרת טופס הנחיות, טופס התביעה,
מכتب פтиחת התביעה מפורט ומכובן עומדים לך לעזר הנציגים האישיים.

1. כללי

1.1 כל האמור במערכת הכללים ננקט בלשון ذכר למען הנחות בלבד ומופנה לנשים ולגברים כאחד.

1.2 ההוראות המפורטות להלן הינן מערכת הכללים לבירור ו"ישוב תביעות אובדן כשר עבודה", אשר תחיבנה אותנו בעת הטיפול בתביעתך.

1.3 מערכת כללים זו חלה על התביעה שתוגש מכח פוליסת ביטוח אובדן כשר עבודה.

1.4 מערכת כללים זו מוסיפה על הוראות כל דין, לרבות ההוראות הקבועות בחו"ר הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון ולבוטה בחו"ר "ישוב תביעות אובדן כשר עבודה" (חו"ר ביטוח 5-1-2021 או כל חוות שיחליפו), ואין במערכת כללים זו כדי Lagerous מההוראות כל דין כאמור.

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

3. עקרונות ליישוב התביעה בביטוח אובדן כשר עבודה

מבלי Lagerous מההוראות כל דין, אנו או כל הפועל מטעמנו, נברר ונישב התביעה אובדן כשר עבודה, לרבות עירicht חותת דעת וחקירה לפי מערכת כללים זו, בתום לב, בעניינות, בנסיבות, בנסיבות, בשיקופות, בהוגנות ובאופן שיביא ליישוב הגון ומהיר של התביעה ויצמצם, ככל הניתן, את הטרחה שלך.

4. קבלת התביעה לתגמול בביטוח

א. פנית בקשר להגשת התביעה 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 התיחסות ללוחות הזמן לטיפול בתביעתך - נספח א' למערכת הכללים;

(2) מסמך בו יפורט הליך הטיפול בתביעתך לקבלת תגמול בביטוח, לרבות התיחסות ללוחות הזמן לטיפול בתביעתך - נספח א' למערכת הכללים;

(3) מסמך הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מך, לרבות פירוט המידע ורשימת המסמכים הנדרשים לטובת הטיפול בתביעתך;

(4) טופס תגובה לקבלת תגמול בביטוח לרבות הנחיות לעניין אופן מלאי הטופס;

(5) הודהה על תקופת התיחסות לפי סעיף 20(א) להלן.

ב. במסגרת הפניה נפרט את פוליסות אובדן כשר עבודה שהן הנר מבוטח אצלנו ושבאפשרותך להגיש התביעה במסגרתן, ונפנה אותך לאITER האינטראנט המרכזלי לאיתור מוצרי הביטוח ("הר הביטוח"), לרבות שליחת קישור באמצעות מסרונים.

ג. לשם בירור התביעה לקבלת תגמול בביטוח אובדן כשר עבודה אנו רשים לך את המסמכים הבאים בלבד (להלן **המסמכים**):

(1) טופס תגובה לקבלת תגמול בביטוח;

(2) אישורים רפואיים המעידים על מצבך הרפואי הנמצאים ברשותך;

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

(4) ככל שפנית בתביעתך למועד לביטוח לאומי בקשר לתאונת עבודה, נכות כללית, חופשת לידה ושמירת הרין - העתק החילתה המודף לביטוח לאומי, ככל שיש החלטה;

(5) ככל שאתה שכיר - 12 תלושים שכר אחרים לפני קורת מקרה הביטוח, וככל ש恢 Zurter לעבוד באופן מלא או חלק, בנוסף,

- תלושי שכר מים חוזרת לمعالג העבודה;
- 6) הכל שהנק עצמאי - אישור רואה חשבון על הכנסתה שנתית החיבת במס או דוח שומה לשנה שקדמה למועד הביטוח, וכן אישור רואה חשבון על הכנסתותיך אחר מקרה הביטוח, הכל שקיימות הכנסתות כאמור;
- 7) הכל שהנק מקבל קצבה מגורמים אחרים - אישור על גובה הקצבה והתקופה שאושרה;
- 8) טופס 101;
- 9) העתק המחאה או אישור ניהול חשבון.
- ד. אנו לא נעכט 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 בגיןן נדרש לנו זמן נוספת לבירור התביעה ונציין כל מידע או מסמך נוסף הנדרש מך לשם בירור התביעה (להלן – **הודעת המשך בירור**).
- ו. הודעה המשך בירור תימסר לך לפחות כל תשעים ימים ועד לשלוח הודעה תשלום, הודעה דחיה או הודעה פשרה, לפי העניין. אם בהודעת המשך הבירור הקודמת ועל פי תנאי הפוליסה נקבע מועד עתידי לבירור החבות, נהיה פטורים ממשלוות הודעה המשך בירור נוספות עד למועד האמור, ובלבב שתישלח הודעה המשך בירור לפחות לאחר שנה.
- ז. אנו פטורים מהחובה לשלוות הודעה המשך בירור נוספת אם פנית לערכאות משפטיות או אם לא הגבת לאחר שנסmmo לך שתי הודעות המשך בירור עקבות הנסיבות דרישת למדיע או למסמך לשם בירור התביעה ובלבד שבה Hodutach achrona צינו כי לא ימסרו לך הודעה נוספת נספotta אם לא יתקבלו מסמך המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת.
- ח. קיבלנו מסמך בקשר לתביעה, נמסור לך בשיחה טלפונית על ידי נציג שירות **3 ימי עסקים** ממועד קבלת מסמך בקשר לתביעה, את פרטי ההתקשרות אותנו. במסגרת השיחה אף יודיע לך נציג השירותים 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**), הודעה כאמור ישלחו אליך גם באמצעות דיגיטלי וגם באמצעות הדואר; על אף האמור, התקבלו המסמכים במלואם, אנו רשאים אותך באמצעות דיגיטלי ובאמצעות הדואר בלבד; האמור בסעיף זה יחול בכל פעע שנתקבל מטעmr מסמך בקשר לתביעה.
- "פרטי התקשרות"** – על מנת שנוכל לפעול בהתאם לאמור בסעיף זה, עליך לציין בטופס התביעה, לכל הפחות, מספר טלפון וכנותך דואר אלקטרוני.

5. בירור התביעה לתגמולי ביטוח

- א. לא יותר מ- **3 ימי עסקים** ממועד הודעה קבלת המסמכים, אנו נפנה לגורמים הרלוונטיים, לקבלת כל המידע הנדרש לנו לצורך קביעת יכולת התעסוקתיות והכרעה בתביעה, לרבות הזמן חקירה ואייסוף חומר רפואי.
- ב. החלטת רופא החברה באשר ליכולת התעסוקתיות תכלול התייחסות לקביעות הבאות (להלן – **חוות דעת רפואי**):
- (1) מועד קרוט מקרה הביטוח;
 - (2) האם המבוקט נעדר יכולת תעסוקתית;
 - (3) האם מקרה הביטוח נגרם מאיוע או מחלת שהחלה בהילך החיותם הרפואי, ככל שהיו החרגות בפוליסה;
 - (4) שיעור אובדן כושר העבודה, לרבות האם מדובר באובדן כושר עבודה שנמשך עד לתום תקופת הביטוח;
 - (5) תקופת אובדן כושר העבודה, לרבות האם מדובר באובדן כושר עבודה שנמשך עד לתום תקופת הביטוח;
 - (6) אם חלה הרעה או הטבה במצבם הבריאותי של המבוקט, את מועד תחילת הרעה או ההטבה במצבם הבריאותי;
 - (7) ככל שהוגשה חוות דעת מומחה מטעmr, לרבות החלטות של המוסד לביטוח לאומי, תכלול חוות הדעת התייחסות לחווות דעת מטעmr, וככל שהוחלט לדוחות את האמור בחוות הדעת מטעmr ינתן הסבר מפורט מדויק הוחלט שלא קיבל את האמור בה.
- ג. אנו נקבע את מועד קרוט מקרה הביטוח כמועד שבו בהתאם לכל המידע הרלוונטי שמצוין ברשותנו אירע מקרה הביטוח. מועד קרוט הביטוח לא יקבע כמועד הגשת התביעה אם בהתאם למסמכים שמצוין אצלנו, אירע המקרה הביטוחי קודם למועד זה.
- ד. חוות הדעת הרפואית תיערך באופן מקצועי, תהיה מפורטת ומנומקת ותכלול את שמו, תוארו, השכלהו המקצועית ותפקידי של הרופא, וכן תכלול את רשימת כל המסמכים אשר רופא החברה ססתמן עליהם בעריכת חוות הדעת.
- ה. חוות הדעת הרפואית לא תהייחס במישרין לזכות לקבלת תגמולי ביטוח.
- ו. חוות דעת הרפואית שבייעץ רופא החברה לפי סעיף זה תהיה חוות הדעת הרפואית הקובעת לצורך ישוב תביעת ביטוח אובדן כושר עבודה שהגשת.

ז. מבלי לגורען מהאמור בסעיף קטן (ז), אנו ניישב את התביעה על בסיס המידע המעודכן או הרלבנטי ביותר שיש ברשותנו. ח. **לא יותר 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 נצרכם להודיע על ההכרעה בתביעה את חוות הדעת וכן כל מסמך נוסף שעליינו נסמכת חוות הדעת, וכן נציג את כל ההודעות והמסמכים שמסרת לנו או לרופא החברה לצורך כתיבת חוות הדעת.

י. אם דחינו את התביעה מטעמים שאינם רפואיים, נכון בהודעת הדחיה התייחסות לחוות הדעת הרפואית ככל שנייתה, ניתן הסבר מפורט מדויק שלא קיבל את האמור בה וכן נציג בהודעה גילוי דעת כי בסיבות אלו לא תוכל לערער על חוות הדעת הרפואית בפני הוועדה הרפואית. אם דחינו את התביעה מטעמים רפואיים, נכון ההודעה גילוי דעת בדבר זכותך לערער על חוות הדעת הרפואית בפני הוועדה הרפואית ועל המועדים הקבועים לך, וכן על זכאותך למנות רופא מטעמר בוועדה הרפואית שאנו נושא בעלות העסקתו בסכום שיקבע על ידנו ושלא יפחית מתקרת העלות המשולמת לרופא בוועדה הרפואית או עלות העסקת הרופא מטעמר, הנמור מבניהם.

6. התייצבות לרופאה בפני רופא החברה

א. נציג השירות, או מי מטעמו, יוצר קשר עם המבוטח, לא יותר מאשר עמו המועד שבו הודיעו Ci נדרשת התייצבות לרופאה בפני רופא החברה, ויתאם עימך מועד להתייצבות בפני רופא החברה וכן יפרט את דרישות רופא החברה לקראת התייצבותך בפניו, ככל شيء, לרבות המזאת בדיקות, מבחנים ומבחןים. כמו כן, נציג השירות יסביר לך על זכותך למלואה מטעמר בהתאם לחוק זכויות החולה, התשנ"ז - 1996.

ב. מועד התייצבותך בפני רופא החברה יקבע לכל היותר בתוך 10 ימי עסקים ממועד הודעה כאמור בסעיף קטן (א) או ממועד קבלת כל המסמכים שדרש רופא החברה, אלא אם ביקשת לדחות את מועד התייצבותך, אז 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, כאמור בסעיף 5(ב), גם את מהלך הבדיקה הרפואית שערך לך. סבר רופא החברה כי נדרש מך מידע נוסף לצורך קבלת ההחלטה באשר ליכולת התעסוקתי, יהיה רשאי לפנות אליך בבקשת לקבלת מידע נוסף.

ה. לא יותר מ- 3 ימי עסקים ממועד התייצבותך לרופאה בפני רופא החברה או **בתוך 7 ימי עסקים** ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת רופא החברה, לפי העניין, נודיע לך על הכרעתנו בהתחיון. הכרעתנו תהיה בהתאם לאמור בסעיף 5.5. לצורך סעיף זה, "רופא החברה" - רופא מומחה שהוא עובד חברת הביטוח או פועל מטעמה במסגרת הסכם התקשרות בין לבעלי החברה שאינו לפיה הוראות מערכת כללים זו או רופא מומחה הכלול בראשימת ספק' שירות' "יעץ רפואי", אשר יבחר על ידינו באופן אקדמי.

7. ערעור לוועדה רפואית

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

ב. אנו נعتبر לוועדה הרפואית את חוות הדעת הרפואית ואת כל המידע הרפואי שיש בידנו, בהקדם האפשרי ממועד שבו הגשת ערעור.

לענין זה, "מידע רפואי" - למעט תוצאות חקירה ומידע אודוטיר שיש בהן כדי לחוות דעת של חברת הביטוח, או מי מטעמה, בגין יכולת התעסוקתיות.

ג. נציג השירות, או מי מטעמו, יודיע לך **בתוך 3 ימי עסקים** ממועד הגשת הערעור על מועד התכנסות הוועדה הרפואית ועל זכאותך להתייצב בפניו ולמנות רופא מטעמר, שאנו נושא בעלות העסקתו, ונפרט את דרישות הוועדה הרפואית לקרהת התכנסות הוועדה, ככל شيء, לרבות בדיקות, מבחנים ומבחןים.

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

ה. הוועדה הרפואית תתעד את עיקרי הדיון שנערך בוועדה, לרבות עבודות שנלקחו בחשבון במסגרת קבלת ההחלטה, ופירוט העמדות השונות שהציגו בוועדה. לтиיעוד תצורף רשיימת המסמכים שהציגו לוועדה.

ו. סברה הוועדה הרפואית כי דרושה בדיקה רפואית או מידע נוסף לצורך קבלת ההחלטה באשר ליכולת התעסוקתיות, רשאית הוועדה הרפואית לעורך לך בדיקה, וב└בד שמהלך הבדיקה יצוין ויתועד במסגרת החלטתה, או לפנות אליך בבקשת לקבלת מידע

נוויס.

ז. אנו נודיע לך **בתorum 5 ימי עסקים** ממועד התוכנות הוועדה הרפואית על החלטת הוועדה הרפואית והכרעתנו בתביעה או **בתorum 7 ימי עסקים** ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה הרפואית, לפי העניין, בצירוף ההחלטה והтиיעוד. ההחלטה הוועדה הרפואית תהיה מפורטת ומונומקט.

ח. אנו נושא בעליות העסקת הרופא מטעמר בסכום שיקבע על ידנו ושלא יפחית מתקרת העלות המשולמת לרופא בוועדה הרפואית או עלות העסקת הרופא מטעמר, הנמור 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, **בתorum 90 ימי עסקים** ממועד הודיעתנו על החלטת הוועדה הרפואית.

ב. אם חלקו על קביעת הוועדה הרפואית, נהיה רשאים להגיש ערעור על קביעתה לוועדה הרפואית לערעורים, **בתorum 5 ימי עסקים** ממועד ההחלטה הוועדה הרפואית.

ג. אנו נעביר לוועדה הרפואית לערעורים את כל המידע הרפואי שיש בידנו, בהקדם האפשרי מהמועד שבו הגשת ערעור. לעניין זה, " מידע רפואי " - למעט תוצאות חקירה ומידע אודוטור שיש בהן כדי לחות דעתה של חברת הביטוח, או מי מטעמה, בגין יכולת התעסוקתיות.

ד. נציג השירותים יודיע לך **בתorum 3 ימי עסקים** ממועד הגשת הערעור על מועד התוכנות הוועדה הרפואית לערעורים ועל זכאותך להתייצב לפניה, ונפרט את דרישות הוועדה הרפואית לערעורים לקרה התוכנות הוועדה, ככל שייהי, לרבות בדיקות, מבדקים ומבחנים.

ה. ממועד התוכנות הוועדה הרפואית לערעורים יקבע לכל היותר **בתorum 21 ימי עסקים** ממועד קבלת הערעור או ממועד קבלת כל המסמכים שדרשה הוועדה, אלא אם ביקשת לדחות את מועד ההתקנות, אז יקבע 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 שהוצעו בוועדה. לティיעוד תצורף רשימת המסמכים שהוצעו לוועדה.

ז. סברת הוועדה הרפואית לערעורים כי דרושה בדיקה רפואי או מידע נוסף לצורך קבלת ההחלטה באשר ליכולת התעסוקתיות, רשאית הוועדה הרפואית לערעורים לערוך לך בדיקה, ובלבך שמהלך הבדיקה יציין ויתועד במסגרת החלטתה, או לפנות אליך בבקשת קבלת מידע נוסף.

ח. אנו נודיע לך **בתorum 5 ימי עסקים** ממועד התוכנות הוועדה הרפואית לערעורים על ההחלטה הוועדה הרפואית לערעורים והכרעתנו בתביעה או **בתorum 7 ימי עסקים** ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה הרפואית לערעורים, לפי העניין, בצירוף ההחלטה והтиיעוד. ההחלטה הוועדה הרפואית לערעורים תהיה מפורטת ומונומקט.

9. רשות ספק שירותי ייעוץ רפואי

א. אנו נאפשר לכל ספק שירותי ייעוץ רפואי להיכל בשרותת ספק שירותי ייעוץ רפואי (להלן - **רשות הספקים**) שלנו בכפוף לכך שהספק התחייב בכתב לקיים את ההוראות לפי מערכת הכללים וחוזר יישוב תביעות אובדן כשר עבודה, הרלוונטיות לגביו.

ב. אנו נעשו שימוש ברשות הספקים באופן אקדמי ומחזרי, בחלוקת לפי מחוזות ובאזור גאוגרפי נאות.

ג. הספקים שיכללו בשרותה, הוספטם והוציאתם, כל אלה יעשו בהתאם להוראות חוזר ביטוח 5-1-2021 או כל חוזר שיחליפו.

10. אישור השפעה על רפואי מומחה

א. אנו לא נשפיע על שיקול דעתנו הרפואי המוצע של רפואי מומחה ובכלל זה לא ניתן לו הוראות או הנחיות המגבילות את שיקול דעתנו הרפואי.

ב. אנו נעביר לרופא מומחה את המידע הרפואי הדרוש לצורך חוות הדעת; לעניין זה, " מידע רפואי " - למעט תוצאות חקירה ומידע אודוטור שיש בהן כדי לחות דעתה של חברת הביטוח, או מי מטעמה, בגין יכולת התעסוקתיות.

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

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

11. איסוף חומר רפואי

אנו נקבעו כללים מוחדים לאיסוף המידע הרפואי מתיקר. כללים אלה יתיחסו, בין היתר למצבים שבהם יש לפנות לאיסוף המידע הרפואי הנדרש.

12. ביצוע חקירה

א. אנו נקבעו כללים לביצוע ולשימוש בחקירה בהתאם להוראות חוזר ביטוח 5-1-2021 או כל חוזר שיחליפו. ככל שהחלה נדחת את תביעתך והסתמכנו בהחלטתנו גם על ממצאים שעלו במסגרת חקירה, נוצר לחייבתנו 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. החלה נעל אישור התביעה ותשלום תגמולי ביטוח, נמסור לך במועד התשלום הודעה בכתב (להלן - **הודעת תשלום**) שתכלול, בין השאר, התיחסות לגבי העניינים הבאים, ככל שהם רלבנטיים, שיוצרים להודעה:

- (1) שם המבוקשת;
 - (2) שם הפולישה ומספרה;
 - (3) סכום התשלום הראשון, לרבות פירוט אופן חישוב הסכום לתשלום וכן פירוט אופן חישוב סכום המש שונכו במקור והוראות הדין שלפיה חושב ונוכחה;
 - (4) מנגןן עדכון התשלומיים;
 - (5) המועד הראשון שבשלו הנך זכאי לתשלום והממועד הראשון שבו התשלום יבוצע;
 - (6) מועד התקופה המירבית שבשלה הנך זכאי לתשלומיים בכפוף להוראות הפולישה;
 - (7) מועד התקופה עד לתום תקופת הזכאות ותביעת המשר;
 - (8) הכללים להגשת תביעת המשר ומנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומיים;
 - (9) הכללים לבדיקת זכאות מחודשת במהלך תקופת הזכאות לתשלומיים;
 - (10) פירוט בדבר קייזוד תשלוםם אחרים לאחר תקופת הזכאות בשל נסיבות הקשורות לאותה עילית תביעה ושלפי הפולישה אנו רשאים לקזר אותן מהתשולם;
 - (11) פירוט בדבר קייזוד סכומים אחרים שמנגנים לנו מר;
 - (12) פירוט בדבר קייזוד מקומות או סכומים שאינם שניים בחלוקתם שולמו כאלה;
 - (13) הריבית החליה וציון ההוראות החלות לגבייה;
 - (14) הסכום שנותווסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית;
 - (15) סכום התשלום בפיגור וציון ההוראות החלות לגבי הריבית הנגativa בשל הפיגור;
 - (16) המועד שבו היי בידינו כל המידע והמסמכים הדורשים לבירור התביעה.
- ב. החלה נעל תשלום התביעה תוך דחית חלק מה התביעה לגבי סכומים שנדרשו או חלק מהעלויות שנדרשו - נמסור לך במועד התשלום הודעה בכתב (להלן - **הודעת תשלום חלק**) שבה שני חלקים כמפורט להלן:
- (1) החלק הראשון - בחלק זה יפורטו מרכיביו של התשלום שבו הכרנו, ויחולו לגבי ההוראות הקבועות בפסקה (א).
 - (2) החלק השני - בחלק זה יפורטו הנימוקים העיקריים בסיס ההחלטה לדוחות חלק מה התביעה, ויחולו לגבי ההוראות הקבועות בסעיף 15.

ג. במסגרת הודעת תשלום חלק נפרט את הסדרי התשלום לצורך שמירה על היסוד 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 הראשוני 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, אפשר לך לבחור אמצעי תשלום אחר, בגין האמצעים הקיימים אצלנו לתשלום תביעות אובדן כשר עבודה, באמצעות ישולמו תגמולי הביטוח.

14. הودעת פשרה

- א. לא נציג לך הצעת פשרה בלתי סבירה למועד ההצעה.
- ב. אם הסכמנו על כוונה להגיע להסדר פשרה - נמסור לך הצעת פשרה בכתב (להלן - **הודעת פשרה**), לא יותר מ- 20 ימי **עסקים** ממועד הودעת קבלת המסמכים או ממועד הגשת הערעור, לפי העניין, ניתן לך זמן סביר לעין בתנאייה.
- ג. בהודעת הפשרה יפורטו שם המבוטח, שם הפוליסה ומספרה, מקרה הביטוח, הנימוקים שבסיס הפשרה, מרכיבי התשלום שאינם שניים בחלוקת, ככל שישנם, הסכם שנקבע בפשרה, הסכם לתשלום והפער בין הסכם שנקבע בפשרה ובין הסכם לתשלום, ככל שקיים פער כאמור.
- ד. כל עוד לא אישרת את הودעת הפשרה בכתב, היא לא תחייב את הצדדים.
- ה. אישרת את הודעת הפשרה, נפעל לתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לאמור בסעיף 13(ד), בשינויים המחייבים.

15. הודעת דחיה

- א. החלטנו לדחות את תביעתך, נמסור לך הודעה בכתב (להלן - **הודעת דחיה**) וננקק את החלטתנו. הודעת הדחיה תכלול את שם המבוטח, שם הפוליסה ומספרה.
- ב. נימוקי דחיה יכולו פירוט בדבר העובדות שנלקחו בחשבון במסגרת ההחלטה לדחות את התביעה ואת תנאי הפליסה, התנינה או הסיג שנקבעו במועד החטרפות או במועד חידוש הכספי הביטוחי, או הוראות הדין, אשר בשלם נדחתת התביעה, ככל שהՃדיה נסמכת עליהם.
- ג. הודעת דחיה תכלול התיחסות לחוות דעת רופא מומחה שהוגשה מטעמר, 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, נציג בהודעת הדחיה את רשימת המסמכים עליהם התבססו לצורך ההחלטה.
- ה. במסגרת הודעת הדחיה נפרט את הסדרי התשלום לצורך שמירה על הכספי הביטוחי.
- ו. לא נדחה תביעה רק מהטעם שగוף מסוים אחר או המוסד לביטוח לאומי דחה את התביעה הנובעת מאותן נסיבות בלבד שבחנו בעצמו, את הממצאים עליהם מבוססת התביעה.

16. דחיתת תביעה בטענה לאי גילוי

- א. לא נדחה תביעה בטענה לאי גילוי רפואי, אם לא צירפנו להודעת הדחיה את המסמכים הרפואיים המעידים על הבעיות הרפואיות שמהם סבלת בטרם הצטרפות לביטוח אותם לטענתנו לא גילית.
- ב. ביקשנו לדחות את התביעה בטענה לאי גילוי, נפרט במפורש את עילת הדחיה ולא נסתפק ביציטוט סעיפי החוק הרלוונטיים.
- ג. מקום שבו נטען כי הפרת את חובת הגוף, על פי סעיף 6(א) לחוק חוזה הביטוח, נוצרה להודעת הדחיה את השאלה המפורשות עליון ענית בכתב ונסמן את השאלות עליון השבת לכארה תשובה שאינה מלאה וכנה.
- ד. לא נדחה תביעה בטענת אי גילוי:
- 1) אודות מצב רפואי מסוים, אשר לא הועגה שאלה מפורשת בעניינו, אך נשאלת אודות סוג מחלות מסוים או מצבים רפואיים מסוימים, שהמצב הרפואי לגביינו נטען אי גילוי קשור אליהם, השבת בחיבור לשאלת או סיפקת מידע שנוגע למחלות או למצבים רפואיים שקשורים לאוטם מחלות או מצבים רפואיים.
- 2) אודות מצב רפואי מסוים, אם לא השבת לשאלת שונשאלת ביחס לאותו מצב רפואי באופן מלא או חלק, לרבות אי מילוי תשובה בשאלון.
- 3) אם המידע הרפואי, בעת הציורף לביטוח, לא נמסר על ידך, למעט מידע שנמסר על ידי מומחה מטעמר, או על ידי הורה או אפוטרופוס של מבוטח שצורך 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 הגוף בכוונת מרמה, על פי סעיף 6(ג) לחוק חוזה הביטוח, נפרט וננקק בהודעת הדחיה את קיומם של התנאים האמורים בסעיף 6(ג) לחוק חוזה ביטוח.

17. דחיתת תביעה בשל יכולת המבוטח לעסוק בעיסוק סביר אחר

- לא נדחה תביעה המتبוססת על חוות דעת הקובעת כי יכולת התעסוקתיות לא נפגעה עקב מקרה הביטוח, אלא בהתאם להוראות הבאות:
- א. נפרט בהודעת הדחיה את העיסוקים הסבירים האחרים שבהם אתה יכול לעסוק ונפרט את הזיקה הקיימת בין העיסוק הסביר המוצע לבין עיסוקך לפני קרותה מקרה הביטוח, לרבות כיצד העיסוק הסביר המוצע הולם את השכלה, ה�建ה וניסיון טרם מקרה הביטוח.

ב. לא נדחה או תר בשל עיסוק סביר נדר או שאינו קיימ, אך שלא קיימ לכך סיכוי סביר למצוא עבודה במסגרתו.
ג. לא נציג לך עיסוק סביר אחר של ניהול, הדריכה או פיקוח באותו תחום בו עסקת לפני קרות מקרה הביטוח, אלא אם קיימת אינדייקציה כי עסקת בניהול, הדריכה או פיקוח באופן משמעותי גם לפני קרות מקרה הביטוח.

18. תום תקופת הזכאות לתגמולו, ביטוח וتبיעת המשך

א. נודיע לך על הגעתר למועד תום תקופת הזכאות לקבלת תגמולו ביטוח אובדן כושר עבודה, ונפרט בהודעה את האפשרויות העומדות לפניך להגשת תביעת המשך להארכת תקופת הזכאות. בהודעה כאמור נפרט את המסמכים הרפואיים או הבדיקות הנדרשים מפרק להגשת תביעת המשך.

ב. הודעה כאמור בסעיף קטן (א) תישלח אליו 60 ימים לפני תום תקופת הזכאות לקבלת תגמולו ביטוח אובדן כושר עבודה. הייתה תקופת הזכאות לקבלת תגמולו ביטוח שואורה על דינו קצירה מ-60- ימים או שתקופת הזכאות שנותרה במועד אישור התביעה לקבלת תגמולו ביטוח קצירה מ- 60 ימים, תינתן הודעה לפי סעיף קטן (א) עם אישור התביעה ותשלום תגמולו ביטוח.

19. בדיקה מחודשת של זכאות במהלך תשלום תגמולו הביטוח

א. אנו רשאים לבדוק מחדש את זכאותך לקבלת תגמולו ביטוח בהתאם לתנאי הפולישה, בלבד שבchina כאמור תיערך בשל מידע רלוונטי חדש או דומות שניין מצבר הרופאי.

ב. לא נבצע בחוינה מחודשת של זכאותך לפני 60 ימים מההחלטה האחרונה שקיבלנו בעניינך.

ג. לא נקטין ולא נפסיק תגמולו ביטוח בעקבות בדיקה מחודשת של זכאותך, אלא בהתאם לכללים שנקבעו לך בפולישה, ולאחר שהודענו לך כי בכונתנו להקטין או להפסיק את התשלומים (להלן - **הודעת שינוי**). הודעה שניין 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) הרואו כי יש להקטין או להפסיק את התשלומים. למען הסר ספק, אין באמור בפסקה זו כדי לגרוע מזכותנו לדריש השבת סכומים בגין התשלומים ששולם ביתר טרם המועד האמור.

ד. הודעה שניין תכלול את כל הנזקים המונחים בסיס החלטתך להקטין או להפסיק את תשלום תגמולו הביטוח, ויחול עליה הוראות לעניין הודעה תשלום חלק או הודעה דחיה, לפי העניין, בשינויים המחייבים.

20. הודעה בדבר התוישנות תביעה

א. הודעה תשלום, הודעה תשלום חלק, והודעת דחיה תכלול פסקה אשר בה תזכיר בהבלטה מיוחדת תקופת התוישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יציין כי ככל, הגשת התביעה לחברת הביטוח, אינה עצרת את מרוץ ההתוישנות וכי רק הגשת התביעה לבית משפט עצרת את מרוץ ההתוישנות (להלן - **פסקת התוישנות**).

ב. כל הודעה הנשלחת אליו בגין תביעה לבמהלך השנה שקדמה למועד הצפי להתוישנות התביעה תכלול את פסקת ההתוישנות, את מועד קרותה הביטוח וכן יציין בה כי מרוץ ההתוישנות החל במועד קרותה מקרה הביטוח.

ג. אם לא כלנו פסקת התוישנות בהודעה לפי סעיף קטן (א) שנשלחה אליו שלא במהלך השנה שקדמה למועד הצפי להתוישנות להתוישנות יראו אותנו כמו שה孰cum שתקופת הזמן שבין המועד הראשוני שבו היה עליינו לתת הודעה ובה פסקת התוישנות בין המועד שבו ניתן בפועל הודעה ובבה פסקת התוישנות, לא טובא במנין תקופת ההתוישנות. הסכמתנו בפסקה זו, תחול רק לגבי ההפרה הראשונה שלנו.

ד. אם לא כלנו פסקת התוישנות בהודעה לפי סעיף קטן (א) שנשלחה אליו במהלך השנה שקדמה למועד הצפי להתוישנות - יראו אותנו כמו שה孰cum שתקופת הזמן שבין המועד הראשוני לשנה האמורה בין המועד שבו שלחנו הודעה שבה כללה פסקת התוישנות ואת מועד ההתוישנות, לא טובא במנין תקופת ההתוישנות. הסכמתנו בפסקה זו, תחול רק לגבי ההפרה הראשונה שלנו במהלך השנה שקדמה למועד התוישנות.

21. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה

הודעת תשלום, הודעה תשלום חלק או הודעה דחיה תכלול פסקה המצינית בהבלטה מיוחדת את זכויותיך הבאות: לא לגיש ערעור על החלטת רופא החברה והוועדה הרפואיים וכן אופן הגשת הערעור ומוגדים 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 ונישב תביעה אף אם קיימן לך, בעת הגשת התביעה, חוב קלפיו, נהיה רשאים לך זו מתגמול הbiteוח להם תהיה זכאי חוב בגין לפוליסת אובדן כשר עבודה במסגרתה אושרה התביעה, והכל בכפוף להוראות הדין שנוגעות לעניין.

23. פרטום, הגשה ועקב אחר מהלך בירור התביעה

א. אנו נציג באתר האינטרנט שלנו, באופן חינם ובוולט, את מערכת הכללים ומסמכים המפורטים בסעיף 4(א).

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

(1) דואר;

(2) תיבת מייל ייעודית;

(3) באזרז האיש;

4) מערכת מומכנת להגשת תביעות, אשר תכלול פירוט מובנה של סט המסמכים או הנתונים הנדרשים לצורך טיפול בתביעה ואשר במאפשרת תוכל ל萃ף את המסמכים הנדרשים לצורך הטיפול בתביעה.

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

ד. משלוח הודעות בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה ישלחו אליו על ידי גם באמצעות דיגיטלי, וגם באמצעות הדואר, אלא אם ביקשת אחרת; על אף האמור, אישרת כי קיבלת את אחת מן ההודעות כאמור באמצעות דיגיטלי, נהיה פטורים ממשלו הودעה זו בלבד גם באמצעות הדואר.

24. שמירת מידע ומסמכים

א. אנו נשמר את כל המידע והמסמכים הנוגעים לתביעה לרבות התכתבויות פנימיות, במשך תקופה של לפחות שבע שנים ממועד היישוב הסופי של התביעה או מהמועד שבו חදלה להיות מבוטח בחברה, לפי המאוחר מביניהם.

ב. אנו נשמר ביחס לכל התביעה רשומה הכוללת את שם המבוקש, סוג ומהדורות הפולישה, מספר הפולישה, מועד תחילת ביטוח ומועד סוף ביטוח, מספר התביעה, אופן ומועד היישוב הסופי של התביעה (תשלום, תשלום חלק, דחיה או פשרה). בתשלומים או בתשלום חלק - ישמרו גם מועד וכוכמי כל התשלומים, תקופת התשלום ומנגנון ההצמדה.

25. מתן העתקים

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

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

26. שמירת דין

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

27. תחולות

א. מערכת הכללים תחול על תביעות אובדן כשר עבודה שהתקבלו לראשונה בחברתנו לאחר מועד תחילתה.

ב. על אף האמור בסעיף קטן (א), הוראות סעיף 19(ג) יחולו על פוליסות שתחלת תקופת הביטוח הקבועה בהן היא החל ביום 1 ביוני 2011 ואילך. לגבי פוליסות שתחלת תקופת הביטוח הקבועה בהן קודמת למועד האמור, נ萃ף להודעת תשלום ולהודעת תשלום חלקית את הכללים שקבענו לעניין בדיקה מחדש כאמור בסעיף 19(ג).

28. תחילות

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

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

"**ועדה רפואית**" - ועדת בת שני רפואיים שבחרו על ידי חברת הביטוח באופן אקדמי מתוך רשות ספק רפואי שירות רפואי ייעוץ רפואי, ושאינה כוללת את הרופא המומחה שנותן את חוות הדעת נשוא הערעור; ביקש המבוקש למנות רפואי מטעמו, ועדת שתמנה שלושה רפואיים שאחד מהם ימונה מטעם המבוקש;

"**ועדה רפואית לערעורים**" - ועדת רפואית לענייני חברות ביטוח שמרוכצת על ידי חברה פרטית או בית חולים בארץ המספק שירותי 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 להשכלהו, להכשרתו ולניסיונו, או יכולתו של מוגט לעסוק כמוגדר בהגדרת מקרה הביטוח בפולישה שברשות המבוטח, אם נקבעה בפולישה הגדרה אחרת מהאמור;

"**נציג שירות**" - נציג בעל התמחות למתן שירות בתביעות אובדן כשר עבודה;

"**ספק שירותי ייעוץ רפואי**" - רופא מומחה הנושא שירותי ייעוץ רפואי ושאיינו רופא החברה, לרבות תאגיד המעניק שירותי ייעוץ רפואי באמצעות רופאים מומחים;

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

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

"**מחוז**" - כאמור בהודעה על חלוקת שטחי המדינה למחוות ולפנות ותיורי גבולותיהם, מיום 20.3.1957;

"**שירותי ייעוץ רפואי**" - ערכית חוות דעת רפואיות בתחום המומחיות של הרופא הנדרש לצורך ישוב תביעות אובדן כשר עבודה;

"**تبיעה**" - דרישת חברת הביטוח למיושש זכויות לפי תנאי פוליסטם ביטוח אובדן כשר עבודה.

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

נספח א' - לוחות זמנים לטיפול בתביעות אובדן כשר עבודה

נושא	סעיף במערכת הכללים	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחזרה
تبיעה לקבלת תגמול ביטוח אובדן כשר עבודה	4(א)	מסירת המסמכים הנדרשים בקשר להגשת התביעה	עד 2 ימי עסקים ממועד שבו התקבלה הפנייה
	4(א)	עדכון המבוטח בשיחה טלפונית על קבלת המסמכים ובקשה מידע נוסף לפי הצורך	עד 3 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים
	5(א)	פניה לכל הגורמים הרלוונטיים ל התביעה יכלטו התפקודית והתעסוקתית של המבוטח (לרבות חקירה ואייסוף TICK 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)	פניה טלפונית למבוטח לצורך קביעת מועד להתיזבזות לבדיקה בפני רופא החברה	עד 3 ימי עסקים ממועד הודעה של החברה על הצורך בהתייזבזות לבדיקת רפואהית
	6(ב)	מועד התיזבזות 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 התיזבזות או 7 ימים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לקשת רופא החברה
עדשה רפואית	7(א)	הגשת ערעור	עד 90 ימים ממועד הכרעת החברה בתביעה
	7(ב)	הודעה למבוטח על מועד התכנסות הוועדה רפואית	עד 3 ימים ממועד קבלת הערעור
	7(ד)	התכנסות הוועדה הרפואית	עד 21 ימים ממועד קבלת הערעור
	7(צ)	הודעה למבוטח על החלטת הוועדה רפואית	עד 5 ימים ממועד התכנסות או 7 ימים מממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה הרפואית

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

הליך בירור ויישוב תביעות בחברת מגדל, מגדל מקפת ויזמה

כל

- הליך בירור ויישוב תביעות מתבצע בהתאם לכללים שנקבעו ע"י המפקח על הביטוח.
- מגדל חברה לביטוח בע"מ (להלן: מגדל), מגדל מקפת קרנות פנסיה ו קופ"ג בע"מ (להלן: מגדל מקפת) ויזמה קרן פנסיה לעצמאים (להלן: יזמה) משקיעות משלבים ומאמצים מרובים על מנת להבטיח בירור מהיר, מקטיע והוגן של התביעות.
- על מנת להקל עליך עליל בתפעול מובהרים להלן מספר דגשים על אופן ביצוע תהליך ניהול תביעות.
- 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 פולישה שנרכשה במגדל, או זכאי לזכויותו במגדל מקפת או ביזמה, מתבקש להודיע על כך באופן מיידי לחברת או לסוכן המייצג אותו, ולשלוח טופס הודעה על התביעה באמצעות:

- 1.1. דואר ישראל לכבוד:
מגדל חברה לביטוח בע"מ ת.ד 3063 קריית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106
מגדל מקפת קרנות פנסיה ו קופות גמל בע"מ / יזמה קרן פנסיה לעצמאים בע"מ ת.ד 3778 קריית אריה פתח תקווה 4951106.

1.2. אתר האינטרנט של החברה תחת הקישור: <https://www.migdal.co.il>.

2. הליך בירור התביעה דורש סיעוע ושיתוף פעולה מצד המבוטח/עמית במסירת מסמכים ומידע הנחוצים להשלמת הטיפול בה. טפסים רלוונטיים לכל סוג של התביעה עם הנחיות כיצד לאופן ملي"י הפרטים והדריכים להגשתה, וכן בירור במקרה של ספק בגין סוג התביעה ולטופס בו יש לעשות שימוש, ניתן לקבל:

- 2.1. באתר האינטרנט של מגדל / מגדל מקפת / יזמה כמפורט בס'ק 1.2 לעיל.
- 2.2. בפניהטלפון 03-9201010 או בכתב, כתובות הרשמה לעיל סעיף 1.1.

המסמכים הנדרשים לבירור התביעה

3. בסמוך למועד קבלת התביעה, ימסר לתובע אישור על כך שה התביעה התקבלה, פירוט המסמכים הנדרשים לצורך בירור התביעה והנחיות בגין אופן הפעולה הנדרש מהתובע.

4. במהלך בירור התביעה יכול ותבצע פניה למבוטח/עמית לצורך קבלת מידע ומסמכים נוספים היה ויתברר שדרושים לשם השלמת בירור התביעה ואפשר שגם החברה תפעל לאייתור מידע נוסף לרבות מัดדים שלישיים.

5. הودעה על המסמכים ואישור על כך שהתקבלו בחברה ומסמכים / או מידע שהתקבלו וטרם נתקללו, תימסר לתובע בסמוך לקבלת המסמכים והמידע כאמור.

6. עיכוב במסירת מידע או מסמכים מסוימים שהתקבלו ומצויים בידי, עלול לגרום לעיכוב בירור התביעה, או לעיכוב בתשלום התביעה שאושרה.

שימוש בשירותי מומחה

7. לשם בירור התביעה יתכן והחברה תיעזר בשירותיו של מומחה לצורך בחינת חבותה / או לצורך הערכת הנזק, מומחה כאמור יכול ו/יפגש עם המבוטח/עמית וכי יכול שלא. כמו כן, במקרה בו היא מוצאת לנכון, יכולה החברה להפעיל חוקה סמניה לצורך בירור התביעה. לעניין זה "מומחה" - בעל מומחיות בבירור חובות / או הערכת נזק כגון: שמא, מומחה רפואי, מהנדס, חוקר, רואה חשבון וכדומה.

8. החברה מבקשת להציג כי מומחה כאמור פועל מטעמה ועל חשבונה של החברה בלבד. המבוטח/עמית, ככל שהוא מצוי לנכון, זכאי להיות מייצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה.

שימוש במ Lager היסטורית תאונות של כל רכב

9. לשם בירור התביעה יתכן והחברה תפנה בשאלתה לקבלת נתונים על כל הרכב מ"מ Lager היסטורית תאונות של כל רכב המופעל ע"י איגוד חברות הביטוח.

10. הנזונים שיתקבלו מהמאגר יתיחסו למבטחי הקודמים של הרכב, סוג הביטוח ופרוט התביעות ב- 7 השנים שקדמו לתאריך האירוע.

11. עלות השאלתה תחול על חברת הביטוח.

עדכון על מהלך התביעה

12. במהלך בירור התביעה ישלחו למבוטח/עמית הודיעות המשך בירור ובמסגרתן יובהרו הסיבות שבעתין טרם ניתנה הכרעה בתביעה ופירוט, ככל שהיא צורך, אודות מסמכים או מידע שהתקשו מהתובע וטרם נמסרו.

13. החברה תחול משלוח הודעות כאמור בהתקיים אחת מהנסיבות הבאות:

13.1 עם השלמת בירור התביעה;

13.2 אם שתי הודיעות המשך בירור שכלו דרישת החברה למסירת מידע ו/או מסמכים נוספים לא נוענו;

13.3 אם המבוטח/עמית הגיע לתביעה 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 הpolloisa ו/או הדין. מיום שהוא בידייה כל המסמכים והמידע הדרושים לה לצורך בירור התביעה.

15. השלמת בירור התביעה משמעה סיום הטיפול בתביעה באמצעות הדריכים הבאים:

15.1. קבלת מלאה התביעה.

15.2. קבלה חיליקית של התביעה.

15.3. דחיה של התביעה במלואה.

15.4. חתימת הסכם פשרה עם המבוטח/עמית.

16. הודיעה על קבלת התביעה במלואה או בחלוקת תימסר למבוטח/עמית בכתב ותכלול פירוט בגין גובה הנזק ואופן חישובו.

17. הודיעה על דחיתת התביעה במלואה או קבלה חיליקית של התביעה תימסר למבוטח/עמית בכתב ותכלול פירוט הנימוקים בגין נדחתה התביעה כולה או חלקה.

18. במקרה וה מבוטח/עמית יגיע לפשרה עם נציגי החברה, תשליך אליו הודיעת פשרה בכתב בה יפורטו עיקרי הפשרה ותינתן לו שנות מספקת לעין בה. הפשרה תיכנס לתוקף רק לאחר חתימת המבוטח/עמית על הסכם הפשרה.

19. במקרה שהתקבלה התביעה לתשלומים עיתויים (למשל, פיצוי חרדי בגין אובדן כושר עבודה או פנסיית נכות), רשאית החברה לבחון מעת מחדש את זכאותו של המבוטח/עמית בהמשך תשלומים אלה והכל על פי כללים המוצגים באתר האינטרנט של מגדל ומגדל מקפת. תחת הקישור המופיע בס"ק 1.2.

עיפוי ביטוח עליהם חול 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 סיכון אובדן כושר עבודה וריסק מוות בלבד; ביטוח מפני תאונות אישיות; ביטוח מפני מחלות ואשפוז, כמעט ביטוח שניינים ולמעט ביטוח בריאות לעובדים ושותים זרים בישראל; ביטוח לפי דרישות פקודת ביטוח רכב מנوع (ביטוח חברה) ביטוח רכב מנוע – רכוש (עצמי וצד שלישי); ביטוח מקיף לדירות; ביטוח מטען, תאונות, מחלות ואשפוז בסיעות לח"ל וכן לתוכניות פנסית נכות ופנסית שארים הנמכרת ע"י מגדל מקפת.

אי הסכמה להחלטת החברה בנוגע לתביעה

21. מבוטח/עמית הרואה עצמו מקופח מההחלטה החברה לעניין התביעה רשאי להפסיק ולפעול בהתאם להדריכים הבאים:

21.1 להציג על ההחלטה בפני הממונה על פניות הציבור במגדל ומגדל מקפת;

21.2 להציג על ההחלטה בפני הממונה על שוק ההון ביטוח וחיסכון במשרד האוצר;

21.3 לפנות לערכאה המשפטית.

21.4 במקורה של השגה על החלטה/ות בסוגיות רפואיות במגדל חברה לביטוח בע"מ ובקרב פנסיה - מקופה יש להעביר לועדה רפואית ולועדה רפואית לעערורים.
יוזמה - להעביר החלטה לבוררות.