

**הנחיות להגשת תביעה עפ"י פנסיה מקיפה במקרה
"אובדן כושר עבודה"**

השאלון המצורף מורכב מהחלקים העיקריים הבאים :

- * דף הנחיות בא להדריך את העמית בכל הנוגע למסמכים ולמידע שיש להגיש לקרן הפנסיה על מנת לאפשר את הטיפול בתביעה
 - * ויתור על סודיות רפואית שייחתם ע"י העמית
 - * שאלון להגשת תביעה אשר ימולא ע"י העמית (חלק א')
 - * שאלון למילוי ע"י הרופא המטפל (חלק ב')
1. העמית ימלא חלק א' של השאלון, יחתום על טופס ויתור סודיות רפואית המצורף, יעבירו לרופא המטפל, אשר ימלא את חלק ב' בשאלון.
2. בגמר מילוי השאלון על כל חלקיו יעבירו העמית לקרן הפנסיה בצרוף המסמכים לאובדן כושר עבודתו להלן:
- א. אישורים רפואיים**
- * סיכומי מחלה מבתי חולים, אישורים וחוות דעת מרופאים מטפלים כולל רופא תעסוקה(1).
 - * אישורים רפואיים על חופשת מחלה.
 - * אישורים מהמוסד לביטוח לאומי ועותקי הפרוטוקולים, הדיונים והחלטות הועדות הרפואיות של מוסד זה(2).
 - * אישורים ממוסדות ממשלתיים (כגון : משטרת ישראל, משרד הביטחון וכד') (3).
- ב. אישורים על שכר/תקופת עבודה**
- לגבי עצמאי :**
-אישור רואה חשבון על הכנסה שנתית אחרונה לפני אובדן כושר עבודה.
- לגבי שכיר :**
3 תלושי שכר חודשים אחרונים לפני אובדן כושר עבודה.
- אישורים מהמעביד :**
-על מועד הפסקת עבודה, בציון גובה השכר המשולם ע"י המעביד בתקופת אי - הכושר.
- על מועד החזרה לעבודה, במקרה וחזר העמית לעבודה חלקית, יצויין באישור שיעור החלקיות ותקופתו.
- ג. תשלומי מס**
- מקבלי תשלום פיצוי חודשי לאובדן כושר עבודה חייבים בדיווח לשלטונות מס הכנסה.
פנסיה - עפ"י החוק חלה על קרן הפנסיה, חובת ניכוי מס במקור מפיצוי חודשי לאובדן כושר עבודה שמקבל העמית כאשר הפרמיה בגין כיסוי זה שולמה ע"י המעביד.
אנו ממליצים בכל מקרה לגשת לפקיד השומה המקומי לקבלת אישור מתאים.
3. ברצוננו להדגיש כי לאחר הגשת המסמכים שצוינו לעיל, עשויה הקרן לדרוש פרטים נוספים, מסמכים אחרים לפי הצורך.
4. אנו מודים מראש על שיתוף הפעולה להשגת המידע והמסמכים האמורים לעיל, לשם קידום הטיפול בתביעה.
- הערות :
- 1. מתייחס לעמית שכיר.
 - 2. במקרה והוגשה תביעה למוסד לביטוח לאומי.
 - 3. במקרים של תאונות דרכים, נפגעי פעולות איבה וכד'.

**תביעה לתשלום פיצויים חודשיים
עקב אבדן כושר עבודה-הראל פנסיה**

מס' ת.ז.

חלק א' - למילוי ע"י המבוטח

1. פרטים מזהים של המבוטח

שם משפחה ופרטי	רחוב	ישוב	מיקוד	מס' טלפון
מס' זהות	מס' אישי בצה"ל	פרופיל צבאי	תאריך לידה	
מקום העבודה וכתובתו	מס' הטלפון	מקצוע/עיסוק	התחלת חברות בקרן	
שם קופ"ח	סניף	מספר חבר	שם רופא המשפחה	
פרט תפקידך בעת הפגיעה	האם השתנה תפקידך בחמש השנים האחרונות <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן, פרט			

2. פרטים מזהים על מקום העבודה

שכרך החודשי הממוצע ב- 12 החודשים האחרונים לעבודתך (צרך מסמכים לפי המפורט בסעיף 2.ב. בהנחיות):
.....
תאריך הפסקת עבודה (צרך מסמכים לפי המפורט בסעיף 2.ב. בהנחיות):

האם חזרת לעבודה לא / כן, אם כן, באיזה תאריך ופרט היקף משרה:

3. פרטים על אובדן כושר עבודתך (מלא סעיף א' במקרה של מחלה או סעיף ב' במקרה של תאונה)

מועד התחלת אובדן כושר עבודתך:

א. עקב מחלה

המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן:

ע"י מי אובחנה המחלה ובאיזה תאריך:

שם מדויק של המחלה:

תאריך קבלת טיפול ראשוני:

שם הרופא המטפל וכתובתו:

ב. עקב תאונה

תאריך ארוע התאונה/הפגיעה: _____

שעת ארוע התאונה/הפגיעה: _____

כתובת מקום ארוע התאונה/הפגיעה: _____

תאר בקצרה את נסיבות התאונה: _____

ג. פרטים רפואיים

האם טיפלו בך רופאים אחרים בקשר למצב בריאותך הנוכחי ובכלל, בשנתיים האחרונות לא / כן, פרט: _____

שם הרופא וכתובתו: _____

תאריכי הטיפול: _____

שם בית החולים המטפל (נא צרף סיכום מחלה) _____

האם אושפזת או הנך מאושפז כעת בבית חולים לא / כן, פרט: _____

האם נותחת או עומד בפני ניתוח לא / כן, פרט מועד הניתוח ושם בית החולים: _____

האם אתה סובל או סבלת ממום גופני כלשהו, או מחלה ממושכת לא / כן, פרט: _____

האם תבעת או עומד לתבוע או זכאי לתבוע חברת ביטוח אחרת או גורם אחר (כגון: משרד הביטחון, ביטוח לאומי וכד') בקשר לתשלום פיצויים בגין מחלתך, פגיעתך הנ"ל לא / כן, פרט וציין: _____

שם הגורם הנתבע: _____ מס' פוליסה: _____ מס' תביעה: _____

הנני מצהיר כי בתקופה אשר ציינתי לעיל אינני עובד בעבודה כלשהי ובמקרה ויחזור אלי כושר עבודתי, אף במידה חלקית הנני מתחייב להודיע על כך לקרן, להמשיך בתשלום הפרמיות במלואן ולהחזיר לחברה פיצויים ששולמו לי לאחר שחזר אלי כושר עבודתי.

תאריך: _____ חתימה: _____

חלק ב' - למילוי הרופא המטפל (לאחר שהעמית מלא חלק א')

1. פרטים על מצב הבריאותי של העמית

א. ציין את התקופה בה נמצא העמית בטיפול: _____

ב. האבחנה של המחלה או הפגיעה (ציין כל הפרטים הרפואיים): _____

ג. האם בוצעו הבדיקות הרפואיות הבאות:

רנטגן - כן לא א.ק.ג - כן לא

בדיקות אחרות: _____

ד. מועד התחלת המחלה/הפגיעה: _____

ה. האם אפשר ליחס את המצב הבריאותי הנוכחי לאיזה מחלה או פגיעת גוף קודמת (ציין פרטים):

ו. מצבו הבריאותי הנוכחי של העמית

החלים פרט: _____

הורע פרט: _____

ללא שינוי פרט: _____

2. פרטים על כושר עבודתו של העמית

א. באיזה תאריך נאלץ העמית להפסיק את עבודתו: _____.

ב. באיזה תאריך חזר, או יהיה מסוגל לחזור העמית לעבודתו: _____.

ג. אם העמית אינו מסוגל לחזור לעבודתו הקודמת ציין לאיזה סוג עבודה מסוגל לחזור ומתי: _____.

ד. ציין פרטים נוספים בקשר לאבדן כושר עבודה, אם ישנם: _____.

3. הערות

שם הרופא _____ חתימת הרופא _____ כתובתו _____ תאריך _____

הנדון: כתב ויתור על סודיות רפואית לטובת הראל ניהול קרנות פנסיה בע"מ

אני הח"מ נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או לכל מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד של משרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור למבקשות ו/או לבאי כוחן את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובאופן שתדרושנה המבקשות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה אתכם או כל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטרים ו/או שיקומיים כל סניף מסניפי מוסדותיכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי במוסד לביטוח לאומי וגם או משרד הביטחון כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי וגם או משרד הביטחון שילם ומשלם לי. הנני מותר על סודיות זו כלפי המבקשות ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

חתימה

שם ומשפחה: _____

הכתובת: _____

מס' ת.ז.: _____

מס' פנקס חבר: _____

שם הקופה: _____

סניף: _____

שם הרופא המטפל: _____

מס' אישי בצה"ל: _____

שם העד לחתימה: _____ חתימת העד: _____