

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.

### מה עלי לעשות

טרם הגשת תביעה, וודא שבידך פוליסה הכוללת כיסוי לאובדן כושר עבודה.

אם יש לך כיסוי לאובדן כושר עבודה, עליך למלא את הטופס ולהעבירו אלינו. בטופס עליך למלא את פרטיך האישיים ופרטים אודות מקרה הביטוח. אם הנך מעוניין שסוכן הביטוח הקבוע בפוליסה יטפל בתביעתך יש למלא את פרטי הסוכן ולחתום במקום המיועד לכך בסעיף - הצהרת המבוטח, בטופס התביעה.

**נבקשך להעביר את הטופס בצירוף המסמכים המבוקשים באחת מהדרכים הבאות אל:**

**הראל חברה לביטוח, אגף תביעות ביטוח חיים, סיעוד ותאונות אישיות**

■ בדואר אלקטרוני: [tvioths@harel-ins.co.il](mailto:tvioths@harel-ins.co.il)

■ בפקס: 03-7348172

■ במסרון (הודעת sms) למספר: 052-3237169

■ בדואר ישראל: בית הראל, רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1951 רמת-גן, מיקוד 5211802

מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים 870-702-700-1. השירות ניתן 24 שעות לאחר שליחת המסמכים באמצעים אלקטרוניים.

### מסמכים שיש לצרף

לשם בירור התביעה לקבלת תגמולי ביטוח בגין אובדן כושר עבודה, נבקשך לצרף את המסמכים הבאים:

- א. טופס תביעה לקבלת תגמולי ביטוח.
- ב. אישורים רפואיים המעידים על מצבך הרפואי, לרבות סיכומי אשפוזים בבתי חולים, תוצאות בדיקות עזר ואישורים רפואיים מרופאים מקצועיים, ככל ואלו קיימים ברשותך.
- ג. טופס ויתור על סודיות רפואית חתום כנדרש.
- ד. שכיר: 12 תלושי שכר אחרונים לפני קרות מקרה הביטוח. ככל ששבת לעבודה באופן מלא או חלקי יש לצרף תלושי שכר מיום החזרה למעגל העבודה.
- עצמאי: אישור ר"ח על הכנסה שנתית החייבת במס או דו"ח שומה לשנה שקדמה למקרה הביטוח, וכן אישור רואה חשבון על הכנסות המבוטח אחרי מקרה הביטוח, ככל שקיימות הכנסות כאמור.
- ה. ככל שפנית בתביעה למוסד לביטוח לאומי, אנא צרף את החלטות המוסד לביטוח לאומי.
- ו. ככל והנך מקבל קצבה מגורמים אחרים - אנא צרף אישור על גובה הקצבה והתקופה שאושרה.
- ז. העתק המחאה או אישור ניהול חשבון.
- ח. טופס 101 - מצ"ב.

- במקרה של הצהרה על הכנסות נוספות/אחרות בטופס 101 יש להמציא בנוסף תיאום מס לשנת המס הנוכחית.
- מבוטח המקבל תשלום בגין תקופה קודמת, בנוסף למבוקש לעיל, נדרש להמציא טופס 101 עבור כל אחת מהשנים בתוספת הצהרה בכתב המפרטת את כלל הכנסותיו (לפי שנה ולפי מקור הכנסה).
- מבוטח המצהיר בטופס 101 על הכנסה נוספת אך הכנסתו הראשונה נמוכה מהשיעור המופחת הקבוע בחוק, נדרש למלא טופס בל/644 (נכון לשנת 2017 השיעור המופחת בחוק הינו עד 5,804 ש"ח לחודש).
- מבוטחת העונה להגדרת "עקרת בית" נדרשת למלא טופס בל/619 וזאת כדי לקבל פטור מניכוי דמי ביטוח לאומי ודמי בריאות. (עקרת בית - מבוטחת נשואה שאינה עובדת וכן זוגה מבוטח).
- לשם קבלת פטור מדמי ביטוח לאומי ומס בריאות הנך נדרש להמציא אישור מאת מחלקת הגבייה של הביטוח הלאומי.
- **אי קבלת כל המסמכים כנדרש לעיל עלולה להביא לניכוי דמי ביטוח לאומי ומס הכנסה בשיעורים מקסימליים.**

ט. נספח מסלול השקעה - מצ"ב יש למלא בהתאם להנחיות.

לצורך טיפול יעיל ומהיר בתביעתך **אנו ממליצים** על העברת מלוא המסמכים המפורטים לעיל.

לתשומת לבך, אי המצאת המסמכים המפורטים בסעיפים א-ג עלול לעכב ואף להפסיק את בירור התביעה.

### מה יקרה בהמשך

לאחר קבלת המסמכים שפורטו לעיל תבדק זכאותך בהתאם לכיסוי הביטוחי שברשותך ובכפוף לתנאי הפוליסה. במידה ותאושר זכאותך, ישולמו לך תגמולי הביטוח כמתחייב בתנאי הכיסוי הביטוחי בפוליסה מתום תקופת ההמתנה כנקוב בדף פרטי הביטוח, מידי חודש בהעברה ישירה לחשבון הבנק שלך.

שים לב, כי תשלום הפיצוי ו/או השחרור מתשלום פרמיות הינו על בסיס חודשי וכפוף לעדכונים רפואיים שתעביר לחברה מזמן לזמן בהתאם להנחיות החברה.

במקרים מסויימים תידרש להיבדק ע"י רופא מקצועי מטעם החברה לצורך הערכת חבותה או המשך חבותה של החברה בנוגע לתביעה. במקרים אלה תשלח אליך הודעה בכתב.

לוחות הזמנים לטיפול בתביעה מפורטים במערכת הכללים המצורפת.

### אם יתברר שאינך זכאי לפיצוי אובדן כושר על פי הפוליסה

הסיבה לכך יכולה להיות, שאינך עומד בהגדרת תנאי אובדן הכושר על פי הפוליסה שלך או לאור אחת ההחרגות בפוליסה. במקרים אלה תישלח אליך הודעה מתאימה, לאחר שיהיו בידינו כל הפרטים והמסמכים הדרושים לקביעת הזכאות/העדר זכאות.

### לתשומת ליבך

בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח והפוליסה שברשותך, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה תקופה בת שלוש שנים או חמש שנים (בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח וכפי שיפורט במכתבים שישלחו על ידינו) המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח. (למען הסר ספק, ככל שמקרה הביטוח הינו מסוג מתחדש, יחל מנין שלוש השנים מדי יום ביומו וכל עוד מתקיים מקרה הביטוח, ביחס לאותו היום). במידה ומדובר בתביעת קטין, חישוב תקופת ההתיישנות לא יבוא במניין הזמן שבו עדיין לא מלאו למבוטח שמונה עשר שנה. ככלל, הגשת התביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

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

מדיניות הפרטיות של קבוצת הראל זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה.



הקפד למלא הטופס באופן מדויק ומלא.

נבקשך להעביר את הטופס בצירוף המסמכים המבוקשים באחת מהדרכים הבאות אל:

הראל חברה לביטוח, אגף תביעות ביטוח חיים, סיעוד ותאונות אישיות

בדואר אלקטרוני: tvioths@harel-ins.co.il

בפקס: 03-7348172

במסרון (הודעת sms) למספר: 052-3237169

בדואר ישראל: בית הראל, רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1951 רמת-גן, מיקוד 5211802

מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים 1-700-702-870.

השירות ניתן 24 שעות לאחר שליחת המסמכים באמצעים אלקטרוניים.

תאריך.....

שם סוכן.....

מסמך זה מכיל מידע רגיש

פוליסות המבוטח	(1)	(2)	(3)
----------------	-----	-----	-----

### א פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
רחוב	מספר בית	יישוב	מספר פקס
מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי	דואר אלקטרוני	Email
שם מקום העבודה	כתובת מקום העבודה	מספר טלפון בעבודה	מקצוע / משלה יד
שם קופת החולים	סניף	כתובת	שם הרופא המקצועי המטפל
שם הרופא המטפל		שם רופא המשפחה המטפל	
<p>באפשרותך לבחור את אופן ההודעה בדבר מהלך ובירור התביעה: <input type="checkbox"/> דואר <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני (דוא"ל) פרטים האישיים הנזכרים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם. הנני מאשר לעדכן את פרטי האישיים בכל מוצרי הביטוח והחיסכון ארך הטווח שלי בקבוצת הראל ולעשות להם שימוש עתידי במסגרת מוצרים אלו. <input type="checkbox"/> מאשר/ת <input type="checkbox"/> לא מאשר/ת</p> <p>מצ"ב העתק ת.ז. הכוללת פרטי כתובתי המעודכנת (כולל הספח).</p> <p>תאריך:..... חתימת המבוטח: .....</p> <p>לידיעה - במידה ולא אשר עדכון הפרטים ו/או לא אצרף העתק ת.ז. תעשה הראל שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנוכחית. לידיעתך, לצורך ייעול ושיפור השירות הניתן לך על ידי "הראל", המידע, הדיוורים והמסמכים, אשר ישלחו אליך מחברת "הראל", יופיעו גם במסגרת ה"האיזור האישי" שלך שבאתר החברה.</p>			

### ב פרטים על עבודה לפני אי כושר עבודה

<p>1. האם שינית את המקצוע/העיסוק מאז הוצאת הפוליסה הנ"ל? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן</p> <p>אם כן, נא פרט את המקצוע החדש..... ומתי התחלת לעבוד בו.....</p> <p>מתי עבדת לאחרונה בעבודתך הרגילה:..... פרט את שם המעסיק:.....</p> <p>מסור תיאור מפורט על עבודתך ערב הנכות.....</p>									
<p>2. משכורת/הכנסה:</p> <table border="1"> <tr> <td>שכיר</td> <td>עצמאי/שכיר במשכורת לא קבועה</td> </tr> <tr> <td>פרט את משכורתך החודשית האחרונה לפני תחילת אי כושר העבודה:.....</td> <td>פרט את הכנסתך ב-12 חודשים האחרונים שקדמו לאי כושר העבודה:.....</td> </tr> <tr> <td>■ ש לשנה.....</td> <td>■ ש לשנה.....</td> </tr> <tr> <td>■ ש לשנה.....</td> <td>■ ש לשנה.....</td> </tr> </table> <p>עצמאי: אישור ר"ח/ח/פקיד שומה המעידים על הכנסת המבוטח החייבת במס מיגיעה אישית ו/או דו"ח שומה מלא על כל חלקיו לשנה שקדמה למקרה הביטוח.</p>		שכיר	עצמאי/שכיר במשכורת לא קבועה	פרט את משכורתך החודשית האחרונה לפני תחילת אי כושר העבודה:.....	פרט את הכנסתך ב-12 חודשים האחרונים שקדמו לאי כושר העבודה:.....	■ ש לשנה.....	■ ש לשנה.....	■ ש לשנה.....	■ ש לשנה.....
שכיר	עצמאי/שכיר במשכורת לא קבועה								
פרט את משכורתך החודשית האחרונה לפני תחילת אי כושר העבודה:.....	פרט את הכנסתך ב-12 חודשים האחרונים שקדמו לאי כושר העבודה:.....								
■ ש לשנה.....	■ ש לשנה.....								
■ ש לשנה.....	■ ש לשנה.....								
<p>3. במידה והיית מובטל בקרות מקרה הביטוח נא ציין עיסוקך בטרם תחילת תקופת האבטלה.</p> <p>עיסוק טרם תקופת האבטלה:.....</p>									

## ג פרטים על מקרה הנכות

הנכות נגרמה על ידי:  מחלה  תאונה עבודה  תאונה דרכים  תאונה אחרת. נא פרט.....

1. מתי קרתה התאונה או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה?..... תאריך הפסקת עבודתך.....

2. נא פרט את מהלך, נסיבות ותוצאות התאונה/המחלה.....

3. נא פרט את הבעיות הרפואיות מהן אתה סובל.....

4. האם היית או אתה עדיין מאושפז בבית חולים/בית החלמה?  לא /  כן, אם כן, היכן.....

5. האם אתה מרותק למיטה או לביתך על פי הוראות הרופא?  לא /  כן, אם כן, פרט.....

## ד פרטים על תקופת אי כושר העבודה

נא ציין תקופת אובדן כושר העבודה:

אי כושר מלא לעבודה:

מתאריך:..... עד תאריך:.....

אי כושר חלקי לעבודה:

מתאריך:..... עד תאריך:..... היקף משרה:..... שכר/הכנסה חודשית:.....

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

אם לא, מדוע?.....

אם כן, מתי?.....

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

## ה ביטוחים ותשלומים נוספים

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

הגורם המשלם	כן	לא	זכויות לפיצוי	
			תקופת תשלום	סכום חודשי
חברת ביטוח אחרת.....				
קרן פנסיה				
ביטוח תאונות ו/או מחלות				
ביטוח לאומי				
המעסיק				
מקור אחר.....				

## ו הצהרת המבוטח

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

הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה, מר/גב'..... מספר סוכן..... לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה, לרבות פירוט הפוליסות שבהן אני מבוטח בהראל שאינן בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שאני מייפה את כוחו בהסכמתי זו, הינו הסוכן המטפל, ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.

..... תאריך  
שם + שם משפחה  
..... חתימה

לידיעתך, העתקי התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה יועברו בכל מקרה לסוכן הביטוח שלך בפוליסה.

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

פיצוי חודשי

לשחרר את הפוליסה מתשלום פרמיות

..... חתימה  
..... תאריך  
..... מקום

במידה ותאושר תביעתך יבוצע תשלום הפיצוי החודשי ישירות בהפקדה לחשבון הבנק שלך. לשם כך נא ציין את פרטי חשבון הבנק לתשלום וכן צרף צילום המחאה אישית מבוטלת לזיכרון הפרטים.

..... שם הבנק  
שם/כתובת הסניף  
..... מספר חשבון

### ח מסמכים מצורפים

טופס ויתור סודיות רפואית וכללית חתום כנדרש.

מסמכים רפואיים מתחילת אי כושר העבודה.

הוכחה על הכנסה בשנה שקדמה לתביעה:

עצמאי: תקציר שומה לרבות דו"ח רווח והפסד.

שכיר: תלושי שכר או טופס 106.

צילום המחאה אישית מבוטלת / אישור ניהול חשבון בנק ע"ש המבוטח.

תיאום מס או טופס 101\*.

\*מבלי להודות בחבות, במידה ותביעתך תאושר ותשולם, בהעדר טופס 101 ו/או תיאום מס לשנת המס הנוכחית ינוכה מס מירבי לפי חוק.

### ט הסכמה לשימוש בדואר אלקטרוני (דוא"ל)

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בקבוצת הראל, 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 שגרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות. לפיכך, אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.

..... חתימה  
..... מספר זהות  
שם + שם משפחה  
..... תאריך

ככל שתאושר תביעתך ובהתאם לתנאי ההצמדה בפוליסה והחל מהמועד המצוין בפוליסה, ככל שמצוין, ישתנה סכום התשלום החודשי המבוטח מדי חודש, על פי שיעור התשואה החודשית נטו (כהגדרתה בפוליסה) בהתאם למסלול ההשקעה שתבחר ובניכוי ריבית בשיעור שנתי של 2.5% על פיה חושב סכום הפיצוי החודשי המבוטח.

לפיכך, הינך מתבקש לבחור ולסמן את אחד משני מסלולי ההשקעות שלהלן:

**הראל מסלול בסיסי למקבלי קצבה**

נכסי המסלול יהיו חשופים לנכסים מסוגים שונים בכפוף להוראות הדין, ובכפוף לשיקול דעתה של ועדת ההשקעות.

**הראל מסלול אג"ח עד 20% במניות**

נכסי המסלול יהיו חשופים לנכסים הבאים: אג"ח סחירות ושאינן סחירות של חברות, ני"ע מסחריים, הלוואות שאינן סחירות לחברות, אג"ח להמרה, פקדונות, אג"ח של ממשלת ישראל או אג"ח של ממשלות אחרות. חשיפה לנכסי אג"ח תהיה בשיעור שלא יפחת מ-75% ולא יעלה על 120% מנכסי המסלול. חשיפה למניות תהיה בשיעור שלא יעלה על 20% מנכסי המסלול. חשיפה לנכסים כאמור לעיל תושג הן באמצעות השקעה במישרין והן באמצעות השקעה בנגזרים, בתעודות סל, בקרנות נאמנות או בקרנות השקעה. חשיפה לנכסים שאינם נכסי אג"ח ואינם מניות תהיה על פי שיקול דעתה של ועדת ההשקעות ובכפוף לכל דין.

**לתשומת ליבך:**

1. לאחר קבלת קצבה בהתאם לתנאי ההצמדה כמפורט לעיל, לא יתאפשר שינוי של מסלול ההשקעה.
2. ככל שיש יותר מפוליסה אחת רלוונטית לתביעתך, המסלול שתבחר יחול על כל הפוליסות שלך שתנאי הצמדת התשלום החודשי בהן הינו על פי התשואה במסלולי השקעה, אלא אם תצוין במפורש מסלול שונה לכל אחת מן הפוליסות שלך.
3. ככל שלא תסמן את בחירתך ישולם לך התשלום החודשי לפי מסלול "הראל מסלול בסיסי למקבלי קצבה".

מספר פוליסה	מסלול בחירה

# טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.



## א פרטי מבטוח

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת. זהות	שם האב
רחוב	מספר	עיר	מיקוד
		טל'	

אני החתום מטה (במקרה של קטין ירשמו פרטיו), נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי (לרבות קופת חולים) ו/או מכוון מור ו/או המכוון הרפואי לבטיחות בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון (על שלוחותיו השונות, ועדות רפואיות ו/או קרן מבטחים), ו/או המרכז לבריאות הנפש, ו/או בית חולים לבריאות הנפש, ו/או מרפאות לבריאות הנפש, ו/או האגודה למען שירותי בריאות הציבור - סיעוד, ו/או למשרד החינוך, ו/או למשרד הפנים, ו/או למנהל האוכלוסין, ו/או לשירות התעסוקה, ו/או לשרות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון גנטי ו/או למכון פוריות ו/או רשות המיסים בישראל ו/או לכל אדם אחר כלשהו (להלן - "נותני השירותים"), למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה..... (להלן: "המבקשים"), את כל המסמכים והפרטים המצויים בידיהם או בידי מי מטעמם, ללא יוצא מהכלל, ובאופן שידרשו המבקשים (בכתב או בעל פה), המתייחסים למצבי הבריאותי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגי בלימודים ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות H.I.V, ו/או כרטיס טיפת חלב, ולרבות טיפולים, בדיקות ואבחנות. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל"הפול" - המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ - למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו, וכן כל מידע בנוגע למצבי הרפואי.

אני משחרר בזה אתכם ו/או כל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיכם ו/או כל אגף של משרד החינוך ו/או השרות הפסיכולוגי ו/או משרד הבריאות, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הנפשי ו/או הישגי בלימודים ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שלעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם, ולא תהיה לי אליכם ו/או אל מי מטעמכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.

בנוסף, הריני מאשר להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה, להעביר מידע רפואי בעיניי לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות וליועץ הביטוחי של קולקטיב הביטוח (במידה וקיים).

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאייהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

## ב פרטים נוספים

שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שם קופ"ח קודמת		מס' אישי בצה"ל	

## ג שמות רופאים, מכונים ומעבדות

רופאים	מכונים / מעבדות
1.....	1.....
2.....	2.....
3.....	3.....
4.....	4.....

## ד חתימת המבטוח/אפוטרופוס

תאריך	שם פרטי+שם משפחה*	חתימת המבטוח/כל האפוטרופוסים*
-------	-------------------	-------------------------------

\*במקרה של קטין/חסוי יצינו את שמם ויחתמו על המסמך כל האפוטרופוסים על פי דין, במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס - יש לצרפו.

## ה במקרה של חסוי (אפוטרופוס)

שם האם/אפוטרופוס	ת.ז.	חתימה
שם האב/אפוטרופוס	ת.ז.	חתימה

## ו חתימת עד מהימן\*\*

תאריך	עד לחתימה ומס' ת.ז.	שם עד מהימן לחתימה** + חותמת עם מס' רישיון
-------	---------------------	--

\*\*עד מהימן - רופא/אחות/עו"ד/עובד סוציאלי/סוכן ביטוח



# פרטים עובד<sup>(1)</sup>



## ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד<sup>(1)</sup>

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

שנת המס 2010

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

### א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
הראל חברה לביטוח בע"מ	אבא הלל 3, רמת-גן		9 3 0 0 0 6 1 0 1

### ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך עליה	תאריך לידה
כתובת פרטית	מספר טלפון	מספר	מיקוד	קידומת
מין	מצב משפחתי	רווק/ה	נשוי/אה	חבר בקופת חולים
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> גרוש/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)	<input type="checkbox"/> רווק/ה	<input type="checkbox"/> נשוי/אה	<input type="checkbox"/> כן, שם הקופה <input type="checkbox"/> לא
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> גרוש/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)	<input type="checkbox"/> רווק/ה	<input type="checkbox"/> נשוי/אה	<input type="checkbox"/> כן, שם הקופה <input type="checkbox"/> לא

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

אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)	בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך	בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל
<input type="checkbox"/> משכורת חודש <sup>(2)</sup>		
<input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת <sup>(3)</sup>		
<input type="checkbox"/> משכורת חלקית <sup>(4)</sup>		
<input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) <sup>(5)</sup>		
<input type="checkbox"/> קצבה <sup>(6)</sup>		
<input type="checkbox"/> מלגה <sup>(1)</sup>		

### ה. פרטים על הכנסות אחרות

אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות <sup>(1)</sup>	תאריך לידה	מספר זהות	שם	מין
<input type="checkbox"/> יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:				
<input type="checkbox"/> משכורת חודש <sup>(2)</sup>				
<input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת <sup>(3)</sup>				
<input type="checkbox"/> משכורת חלקית <sup>(4)</sup>				
<input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) <sup>(5)</sup>				
<input type="checkbox"/> קצבה <sup>(6)</sup>				
<input type="checkbox"/> מלגה <sup>(1)</sup>				
אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/י:				
<input type="checkbox"/> אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותם בהכנסה אחרת <sup>(7)</sup>				
<input type="checkbox"/> אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להם כנגד הכנסה זו <sup>(8)</sup>				
<input type="checkbox"/> אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת <sup>(9)</sup>				
<input type="checkbox"/> אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת <sup>(10)</sup>				

### ו. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
<input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה <input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/קצבה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה אחרת				

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

תאריך השינוי	פרטים	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
		/ /	
		/ /	
		/ /	



dt6014

**ה. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמך/י √ בריבוע המתאים)**

1	<input type="checkbox"/> אני תושב/ת ישראל.
2	<input type="checkbox"/> אני נכה 100% / עיוורת/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בפרק ה' כי "אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.
3	<input type="checkbox"/> אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מזכה <sup>(13)</sup> מתאריך _____ . אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.
4	<input type="checkbox"/> אני _____ עולה חדש/ה <input type="checkbox"/> תושב/ת חוזר/ת מתאריך _____ . לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____ . מי שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיכונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה. <b>חובה לצרף: תושב/ת חוזר/ת</b> - אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים). <b>עולה חדש/ה</b> - תעודת עולה.
5	<input type="checkbox"/> 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 <b>עפ"י סעיף 9(5) לפקודה</b> .
6	<input type="checkbox"/> אני הורה במשפחה חד הורית <sup>(11)</sup> החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדי, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.
7	<input type="checkbox"/> בגין ילדי 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 <sup>(12)</sup> . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד חמש שנים בשנת המס _____ . מספר ילדים אחרים שטרם מלאו להם 19 שנים _____ .
8	<input type="checkbox"/> בגין ילדי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד <sup>(12)</sup> . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 3 שנים בשנת המס _____ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת ו/או שנתיים בשנת המס _____ .
9	<input type="checkbox"/> אני הורה יחיד <sup>(12)</sup> לילדי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).
10	<input type="checkbox"/> בגין ילדי 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	<input type="checkbox"/> בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.
12	<input type="checkbox"/> מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.
13	<input type="checkbox"/> אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____ . מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.
14	<input type="checkbox"/> בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

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

1	<input type="checkbox"/> לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד 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	<input type="checkbox"/> יש לי הכנסות נוספות ממשכורת <sup>(1)</sup> כמפורט להלן: <b>ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ה מ ש כ ו ר ת (1)</b>																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ש ם</th> <th>כ ת ו ב ת</th> <th>מספר תיק ניכויים</th> <th>סוג ההכנסה (עבודה/קיצבה/מלגה/אחר)</th> <th>הכנסה חודשית</th> <th>המס שנוכה (לפי הלושים)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ש ם	כ ת ו ב ת	מספר תיק ניכויים	סוג ההכנסה (עבודה/קיצבה/מלגה/אחר)	הכנסה חודשית	המס שנוכה (לפי הלושים)			9						9						9			
ש ם	כ ת ו ב ת	מספר תיק ניכויים	סוג ההכנסה (עבודה/קיצבה/מלגה/אחר)	הכנסה חודשית	המס שנוכה (לפי הלושים)																				
		9																							
		9																							
		9																							
3	<input type="checkbox"/> 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 למעביד על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.**

\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבקש/ת

**דברי הסבר למילוי טופס 101**

- "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" 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.
- משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש.
- 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".
- 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.
- 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.
- קצבה - מקצבה שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה. אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- אם העובד מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
- הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושהורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- ישב מזכה - ישב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.



בהתאם לחוזר ביטוח חיים 2020-1-22 שעניינו "יישוב תביעות אובדן כושר עבודה" (להלן: "החוזר"), מפורטת להלן מערכת הכללים לבירור ויישוב תביעות אובדן כושר עבודה בהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "הראל"). אם ברצונך לקבל העתק ממערכת כללים זו, יש באפשרותך לפנות לשם כך אל אגף השירות בהראל בטלפון שמספרו \*2735 או להדפיס אותה ישירות מאתר האינטרנט של החברה (להלן: "אתר האינטרנט").

הראל תפעל בכל הקשור לבירור ויישוב תביעות אובדן כושר עבודה על פי האמור במערכת כללים זו, כמפורט להלן:

## א. הגדרות

במערכת כללים זו יהיו למושגים הבאים הגדרות כדלהלן:

1. **יום / ימים** - ימי עסקים שאינם כוללים ימי שישי, ימי שבת, ערבי חג, חגי ומועדי ישראל.
2. **תביעה** - דרישה מחברת הביטוח למימוש זכויות לפי תנאי פוליסת ביטוח אובדן כושר עבודה.
3. **תובע** - מי שהציג תביעה להראל, למעט גוף מוסדי.
4. **רופא מומחה** - בעל רישיון לעסוק ברפואה, לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז-1976, אשר הינו בעל תואר מומחה לפי תקנות הרופאים.
5. **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.
6. **ועדה רפואית** - ועדה בת שני רופאים שנבחרו על ידי הראל באופן אקראי מתוך רשימת ספקי שירותי ייעוץ רפואי, ושאינה כוללת את הרופא המומחה שנתן את חוות הדעת נשוא הערעור; אם ביקש המבוטח למנות רופא מטעמו, הועדה תמנה שלושה רופאים שאחד מהם ימונה מטעם המבוטח.
7. **ועדה רפואית לערעורים** - ועדה רפואית שמרוכזת על ידי חברה פרטית או בית חולים בארץ המספק שירותים של ניהול ועדות רפואיות עליונות.

## ב. מועד תחילה

מערכת הכללים תחול על תביעה שהוגשה לראשונה החל מיום 1.9.2021.

## ג. מסמכים ומידע בבירור תביעה

1. עם קבלת פנייה הקשורה להגשת תביעה לאובדן כושר עבודה אל הראל או סוכן הביטוח, יימסרו לפונה בתוך 2 ימי עסקים ממועד קבלת הפנייה המסמכים המפורטים להלן:
  - (1) העתק ממערכת כללים זו;
  - (2) מסמך המפרט את הליך בירור התביעה ויישובה;
  - (3) הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהמבוטח, 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 של התביעה.
- יש באפשרותך לעיין במסמכים המפורטים לעיל וכן בפוליסות בהן הנך מבוטח באתר האינטרנט של החברה שכתובתה [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il).
2. התקבל מסמך בקשר לתביעה מהמבוטח, תמסור הראל למבוטח בשיחה טלפונית בתוך 3 ימי עסקים ממועד קבלת מסמך בקשר לתביעה, את פרטי ההתקשרות עם החברה. במסגרת השיחה אף יימסר אם המסמכים הנדרשים התקבלו במלואם ובאופן תקין ואת מועד קבלתם (להלן: "הודעת קבלת המסמכים") וככל שלא התקבלו במלואם או שאינם תקינים יפורטו המסמכים החסרים בתביעת המבוטח. הודעות כאמור ישלחו גם באמצעי דיגיטלי וגם באמצעות הדואר, אולם ככל והתקבלו המסמכים במלואם יעודכן המבוטח באמצעי דיגיטלי ובאמצעות הדואר בלבד.
3. לשם בירור תביעה יידרש המבוטח להמציא את המסמכים המפורטים בדף ההנחיות שבטופס התביעה. הראל רשאית לעדכן את רשימת המסמכים בכפוף לאישור הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון.
- אי המצאת המסמכים המפורטים בסעיפים א-ג בדף ההנחיות שבטופס התביעה עלול לעכב ואף להפסיק את בירור התביעה.
4. בכפוף לדרישת החברה על הפונה להתייצב לבדיקה רפואית בפני רופא החברה. לוחות הזמנים לביצוע הבדיקה מפורטים בסוף מסמך זה.
  - הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.
- ד. **הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו**

לא יאוחר מ-20 ימי עסקים ממועד הודעת קבלת המסמכים, תודיע הראל למבוטח בכתב האם אושרה תביעתו או נדחתה או האם נדרשת התייצבותו בפני רופא החברה לבדיקה לצורך המשך בירור התביעה.

  - הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

## ה. הודעת תשלום והודעת תשלום חלקי

1. אם נתקבלה החלטה על אישור התביעה ותשלום תגמולי ביטוח, תימסר למבוטח במועד התשלום הודעה בכתב שתכלול, בין השאר, התייחסות לפרטים הבאים, ככל שהם רלבנטיים, שיצורפו להודעה:
  1. שם המבוטח, שם הפוליסה ומספרה.
  2. סכום התשלום הראשון, לרבות פירוט אופן חישוב הסכום לתשלום וכן פירוט אופן חישוב סכום מס שנוכה במקור והוראת הדין שלפיה חושב ונוכה.
  3. מנגנון עדכון התשלומים.
  4. המועד הראשון שבשלו זכאי המבוטח לתשלום והמועד הראשון שבו התשלום יבוצע.
  5. משך התקופה המירבית שבשלה זכאי המבוטח לתשלומים בכפוף להוראות הפוליסה.
  6. משך התקופה עד לתום תקופת הזכאות ותביעת המשך.
  7. הכללים להגשת תביעת המשך ומנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים.
  8. הכללים לבדיקת זכאות מחדשת במהלך תקופת הזכאות לתשלומים.
  9. פירוט בדבר קיזוז תשלומים אחרים המגיעים למבוטח שלא מחברת הביטוח בשל נסיבות הקשורות לאותה עילת תביעה ושלפי הפוליסה החברה רשאית לקיזז אותם מהתשלום.
  10. פירוט בדבר קיזוז סכומים אחרים שמגיעים לחברת הביטוח מהמבוטח.
  11. פירוט בדבר קיזוז מקדמות או סכומים שאינם שנויים במחלוקת אם שולמו כאלה.
  12. הריבית החלה וציון ההוראות החלות לגביה.
  13. הסכום שנתווסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית.
  14. סכום התשלום בפיקוד וציון ההוראות החלות לגבי הריבית הנגבית בשל הפיקוד.
  15. המועד שבו היו בידי חברת הביטוח כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור התביעה.
2. אם נתקבלה החלטה על תשלום התביעה תוך דחיית חלק מהתביעה לגבי סכומים שנדרשו או חלק מהעילות שנדרשו - תימסר למבוטח במועד התשלום הודעה בכתב (להלן: "הודעת תשלום חלקי") הכוללת שני חלקים כמפורט להלן:

**החלק הראשון**, שיפרט את מרכיביו של התשלום שאושר בהתאם למפורט בסעיף ה.ו.1. לעיל;

**החלק השני**, שיפרט את הנימוקים לדחיית חלק מהתביעה, כמפורט בסעיף ז' למסמך זה.

  - במסגרת הודעת תשלום חלקי יפורטו הסדרי התשלום לצורך שמירה על הכיסוי הביטוחי.
  - תגמולי הביטוח ישולמו עד ליום ה-9 של כל חודש, בשל החודש הקודם. על אף האמור, התשלום הראשון לאחר אישור התביעה יועבר בתוך חמישה עשר יום ממועד ההודעה למבוטח על אישור התביעה או ממועד תום תקופת ההמתנה, המאוחר שביניהם.
  - בכל מקרה בו מדובר על תביעה שנדונה בבית משפט, יחולו הוראות סעיף זה בשינויים המחויבים לפי נסיבות העניין.

## ו. הודעת פשרה

1. הראל תציע למבוטח הצעת פשרה סבירה למועד ההצעה.
2. הסכימו הצדדים על כוונה להגיע להסדר פשרה, תימסר למבוטח תוך 20 ימי עסקים ממועד הודעת קבלת המסמכים או ממועד הגשת הערעור הצעת פשרה בכתב (להלן: "הודעת פשרה") וינתן לו זמן סביר לעיין בתנאיה.
3. הודעת הפשרה הכתובה תכלול את 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 כזה.
4. כל עוד לא אישר המבוטח את הודעת הפשרה בכתב, היא לא תחייב את הצדדים.
- הוראות סעיף זה לא יחולו במקרה שבו נדונה התביעה בבית משפט.

## ז. הודעה בדבר דחיית תביעה

- א. אם נתקבלה החלטה על דחייה של תביעה, תימסר למבוטח הודעה כתובה ומנומקת (להלן: "הודעת דחייה"). הודעת הדחיה תכלול את שם המבוטח, שם הפוליסה ומספרה.
- ב. נימוקי הדחייה יכללו פירוט בדבר העובדות שנלקחו בחשבון במסגרת ההחלטה לדחות את התביעה ואת תנאי הפוליסה, התניה או הסייג שנקבעו במועד הצטרפות או במועד חידוש הכיסוי הביטוחי, או הוראות הדין, אשר בשלם נדחית התביעה, ככל שהדחייה נסמכת עליהם.
- ג. הודעת דחייה תכלול התייחסות לחוות דעת רופא מומחה שהוגשה מטעם המבוטח, 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, תציין חברת הביטוח בהודעת הדחייה את רשימת המסמכים עליהן היא מתבססת לצורך החלטתה.
- ה. במסגרת הודעת הדחיה למבוטח תפרט הראל את הסדרי התשלום לצורך שמירה על הכיסוי הביטוחי.
- ו. תביעה לא תדחה רק מהטעם שגוף מוסדי אחר או המוסד לביטוח לאומי דחה את התביעה הנובעת מאותן נסיבות מבלי שהראל בחנה בעצמה את הממצאים שעליהם מבוססת התביעה.

## ח. הודעה בדבר התיישנות תביעה

1. בכל הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי והודעת דחייה תיכלל פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי הגשת התביעה להראל אינה עוצרת את מרוץ התיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ התיישנות.
2. בנוסף כל הודעה אחרת הנשלחת למבוטח בנוגע לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה תכלול פסקה כאמור בדבר התיישנות וכן את מועד קרות מקרה הביטוח, ויצוין בה כי מרוץ התיישנות החל במועד קרות מקרה הביטוח.
3. אם לא נכללה פסקה בדבר התיישנות בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה שנשלחה למבוטח שלא במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות, יראו את הראל כמי שהסכימה לכך שתקופת הזמן שבין המועד הראשון שבו היה עליה למסור ההודעה הכוללת את פסקת התיישנות לבין המועד שבו ניתנה בפועל הודעה ובה פסקת התיישנות - לא תובא במניין תקופת התיישנות (כל זאת - רק לגבי הפעם הראשונה שבה לא נמסרה הודעה כמתחייב).
4. אם לא נכללה פסקה בדבר התיישנות בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה שנשלחה למבוטח במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות, יראו את הראל כמי שהסכימה לכך שתקופת הזמן שבין מועד שליחת ההודעה הראשונה בשנה האמורה לבין מועד שליחת הודעה הכוללת פסקת התיישנות ואת מועד התיישנות - לא תובא במניין תקופת התיישנות (גם זאת - רק לגבי הפעם הראשונה שבה לא נמסרה הודעה כמתחייב במהלך השנה שקדמה למועד התיישנות).

## ט. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה

- כל הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה תכלול פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את זכויות המבוטח הבאות:
- א. להגיש ערעור על החלטת רופא החברה והוועדה הרפואית וכן אופן הגשת הערעור והמועדים הרלוונטיים, בהתאם להוראות שבסעיפים 10-11 לחוזר (ראה טבלת המועדים המפורטת במסמך זה).
  - ב. להגיש השגה על החלטת הראל בתביעה בפני הממונה על פניות הציבור בהראל, תוך ציון פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו.
  - ג. להגיש השגה בכל שלב על החלטת הראל בתביעה בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון.

## י. תום תקופת הזכאות לתגמולי ביטוח ותביעת המשך

- א. חברת ביטוח תודיע למבוטח על הגעתו למועד תום תקופת הזכאות לקבלת תגמולי ביטוח אובדן כושר עבודה, ותפרט בהודעה את האפשרויות העומדות בפניו להגשת תביעת המשך להארכת תקופת הזכאות. בהודעה כאמור תפרט הראל את המסמכים הרפואיים או הבדיקות הנדרשים מהמבוטח להגשת תביעת המשך.
- ב. הודעה כאמור בסעיף קטן (א) תישלח למבוטח 60 ימים לפני תום תקופת הזכאות לקבלת תגמולי ביטוח אובדן כושר עבודה. הייתה תקופת הזכאות לקבלת תגמולי ביטוח שאושרה ע"י הראל קצרה מ-60 ימים או שתקופת הזכאות שנתרה במועד אישור התביעה לקבלת תגמולי ביטוח קצרה מ-60 ימים, תינתן ההודעה לפי סעיף קטן (א) עם אישור התביעה ותשלום תגמולי הביטוח.

## יא. בדיקה מחודשת של זכאות

- א. הראל רשאית לבחון מחדש את זכאותו של המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה, ובלבד שבחינה כאמור תיערך בשל מידע רלוונטי חדש אודות שינוי במצבו הרפואי של המבוטח.
- ב. הראל לא תבצע בחינה מחודשת של זכאותו של מבוטח בטרם חלפו 60 יום מההחלטה האחרונה שקיבלה בעניינו של המבוטח.
- ג. הראל לא תקטין ולא תפסיק תגמולי ביטוח בעקבות בדיקה מחודשת של זכאות, אלא בהתאם לכללים שנקבעו לכך בפוליסה, ולאחר שהודיעה למבוטח כי בכוונתה להקטין או להפסיק את התשלומים (להלן - **הודעת שינוי**). הודעת שינוי כאמור, תימסר למבוטח לפחות 15 ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים, ובכל מקרה לא לפני שממצאי הבדיקה הראו כי יש להקטין או להפסיק התשלומי. למען הסר ספק, אין באמור בפסקה זו כדי לגרוע מזכותה של הראל לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם המועד האמור.
- ד. הודעת שינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד החלטת החברה להקטין או להפסיק את תשלום תגמולי הביטוח, ויחולו עליה ההוראות לעניין הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה, לפי העניין, בשינויים המחויבים.

## יב. חוות דעת רפואית של רופא חברה

- א. חוות דעת רפואית של רופא החברה עליה נסמכה הראל לצורך יישוב תביעה 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.
- ב. חוות הדעת הרפואית לא תתייחס במישרין לזכות המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח.
- ג. חוות דעת הרפואית שביצע רופא החברה לפי סעיף זה תהיה חוות הדעת הרפואית הקובעת לצורך יישוב תביעת ביטוח אובדן כושר עבודה שהגיש המבוטח.
- ד. במסגרת ההכרעה בתביעה תתבסס הראל על האמור בחוות הדעת הרפואית. להודעה על ההכרעה בתביעה יצורפו חוות הדעת וכן כל מסמך נוסף שעליו נסמכת חוות הדעת, וכן יצוינו כל ההודעות והמסמכים שמסר המבוטח להראל או לרופא החברה לצורך כתיבת חוות הדעת.

1. הראל תמסור למבוטח, לפי בקשתו, העתק מן הפוליסה, בתוך שלושה ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.
2. הראל תמסור למבוטח, לפי בקשתו, העתקים מכל מסמך אשר המבוטח חתום עליו, מכל מסמך אשר נמסר לה על ידי המבוטח, או מכל מסמך אשר התקבל אצלה מכוח הסכמת המבוטח, בתוך שבעה ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

**זמני טיפול בתביעה**

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

**לתשומת ליבך**

אין בהגשת טופס התביעה כדי להאריך את תקופת ההתיישנות הקבועה בחוק. תנאי הפוליסה הם הקובעים לעניין הזכאות והיקף תגמולי הביטוח מדיניות הפרטיות של קבוצת הראל זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה

בברכה,

**אגף תביעות חיים, סיעוד ותאונות אישיות**  
 הראל חברה לביטוח בע"מ