

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

10.8.21

בדוא"ל

לכבוד
מנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ
באמצעות דוא"ל
א.ג.נ.,

הנדון: חן כהן, ת.ז. 201048451
אובדן כושר עבודה/קצבת נכות

הריני מייצג את מרשי שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. במהלך חודש נובמבר 2019 החל מרשי לסבול מכאבי ראש עזים המלווים בהקאות ופוטופוביה והוא אושפז לצורך השגחה.
2. בדיקת הדמיה הדגימה AVM שמאלי והוחלט לצנתרו תחת הרדמה כללית לאחריה שוחרר בהמלצה להמשך מעקב נוירוכירורגי, שתיה מרובה ומנוחה בת חודש ימים.
3. בהמשך, עבר נאלץ לעבור מרשי ניתוחי מוח נוספים במסגרתם הוזרק דבק לסגירת המפרצות ופתיחת נתיבים במוחו.
4. ניתוחי המוח לא השיגו את מטרתם וכעת הוא ממתין לשיבת מומחים מחלקתית וצפוי לעבור הליכים פולשניים נוספים.
5. מרשי סובל מכאבי ראש עזים, חולשה בפלג גופו השמאלי, עייפות כללית, בלבול וקשיי התמצאות, הוא נזקק לסיוע יומיומי בתפקודים בסיסיים והוא יזדקק לכך גם בעתיד הקרוב.
6. במרץ, נוכח מצבו וקשיו המתוארים (בקצרה) לעיל, פוטר מרשי מעבודתו והוא נעדר כושר עבודה.
7. בנסיבות, אודה לטיפולכם המסור בתשלום תגמולי הביטוח להם זכאי מרשי.
8. לעיונכם, טיפולכם המסור ועדכוני בחוזר אודה.

*רצ"ב תיעוד רפואי, יפוי כח ווס"ר חתומים על ידי מרשי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

מ.ל.ב

23.11.21

בדוא"ל

לכבוד
מנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ
באמצעות דוא"ל
א.ג.נ.

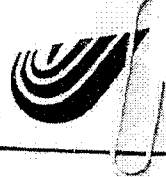
הנדון: חן כהן, ת.ז. 201048451
אובדן כושר עבודה

הריני מייצג את מרשי שבנדון והנני מתכבד לפנות כדלקמן:

1. במהלך חודש נובמבר 2019 החל מרשי לסבול מכאבי ראש עזים המלווים בהקאות ופוטופוביה והוא אושפז לצורך השגחה.
 2. בדיקת הדמיה הדגימה AVM שמאלי והוחלט לצנתרו תחת הרדמה כללית לאחריה שוחרר בהמלצה להמשך מעקב נוירוכירורגי, שתייה מרובה ומנוחה בת חודש ימים.
 3. בהמשך, עבר נאלץ לעבור מרשי ניתוחי מוח נוספים במסגרתם הוזרק דבק לסגירת המפרצות ופתיחת נתיבים במוחו.
 4. ניתוחי המוח לא השיגו את מטרתם וכעת הוא ממתין לשיבת מומחים מחלקות וצפוי לעבור הליכים פולשניים נוספים.
 5. מרשי סובל מכאבי ראש עזים, חולשה בפלג גופו השמאלי, עייפות כללית, בלבול וקשיי התמצאות, הוא נזקק לסיוע יומיומי בתפקודים בסיסיים והוא יזדקק לכך גם בעתיד הקרוב.
 6. במרץ, נוכח מצבו וקשיו המתוארים (בקצרה) לעיל, פוטר מרשי מעבודתו והוא נעדר כושר עבודה.
 7. בנסיבות, אודה לטיפולכם המסור בתשלום תגמולי הביטוח להם זכאי מרשי.
 8. לעיונכם, טיפולכם המסור ועדכוני בחוזר אודה.
- *רצ"ב תיעוד רפואי, יפוי כח ווס"ר חתומים על ידי מרשי.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



חלק ב' - שאלון לרופא המטפל

1. פרטים על מצבו הבריאותי של המבוטח

א. ציין/י את התקופה בה נמצא המבוטח בטיפולך

27/10/2019

ב. האבחנה של המחלה או הפגיעה (ציין/י כל הפרטים הרפואיים)

ARTERIOGENOUS MALFORMATION

ג. מועד התחלת המחלה / הפגיעה

21/10/2019

ד. האם דרוש ביצוע ניתוח? ☐ לא ☒ כן, פרטי: אפרים יואל, סגן רג' אר

ה. האם בוצעו הבדיקות הרפואיות הבאות:

1. רנטגן ☐ לא ☒ א.ק.ג. ☐ לא ☒ כן

2. אנדוסקופיה (כגון בדיקת קיבה או מעי הגס) ☒ לא ☐ כן

3. גלים על קוליים (אולטרא סאונד) או הדגמת איברים בעזרת איזוטופים ☒ לא ☐ כן

4. אם כן מתי, באיזה מוסד ומתן התוצאות? אפרים יואל, סגן רג' אר

5. אפרים יואל, סגן רג' אר

בדיקות אחרות

1. האם אפשר ליחס את המצב הבריאותי הנוכחי לאיזו מחלה או פגיעה גוף קודמת (ציין/י פרטים)

1/2

2. מצבו הבריאותי הנוכחי של המבוטח:

☐ החלים, פרטי:

☐ הורע, פרטי:

☒ ללא שינוי, פרטי: ול שפירא ורחמיאל, ח' צא, סובל מאלבס, ירידת כוחות, סרטן, מחלות, חולשה, חלקי זרועות

ה. האם נערכה בדיקה כלשהי לגילוי גידול סרטני? ☒ לא ☐ כן

אם כן פרטי: סוג הבדיקה, מועד ותוצאותיה

ט. לנשים בלבד (ציין מקסימום פרטים כגון: תוצאות בדיקות, מועד ומקום):

האם נבדקה בבדיקה ממוגרפית (בדיקת שדיים) ☐ לא ☐ כן, פרטי:

האם נבדקה בבדיקה פפסמיר (בדיקת צואר הרחם) ☐ לא ☐ כן, פרטי:

2. פרטים על כושר עבודתו של המבוטח

א. באיזה תאריך נאלץ המבוטח להפסיק עבודתו?

27/10/2019

ב. באיזה תאריך חזר או יהיה מסוגל לחזור לעבודתו? כרגע לא חזר, אלא יחזור תלוי תוצאות בדיקות

ג. אם המבוטח אינו מסוגל לחזור לעבודתו הקודמת ציין לאיזה סוג עבודה מסוגל לחזור? והענן סגן

ד. ציין פרטים נוספים בקשר לאובדן כושר עבודה, אם ישנם.

3. הערות: רק ע"י הערכה של יועץ תלוי

תאריך: 27/10/2019

כתובת: בית 3

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה: אפרים יואל, סגן רג' אר

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

12/12/2021

אגף ביטוח חיים
מחלקת תביעות
מכתב מספר 240
מבלי לפגוע בזכויות
בכפוף לטענת התיישנות

לכבוד:

עו"ד אריאל פרייברג

נשלח באמצעות דוא"ל:

FREI.ARIEL@GMAIL.COM

14-144

**הנדון: תביעת אובדן כושר עבודה מס' 185668 על שם כהן חן ת.ז. 201048451
פוליסה לביטוח חיים מספר 501300891 אירוע מיום 01.03.2020**

שם פוליסה

מספר פוליסה

501300891 סטטוס 2015 קצבה משלמת

1. הרינו מאשרים קבלת בקשתך לתשלום תגמולי ביטוח על פי הכיסוי הביטוחי למקרה אובדן כושר עבודה ביום 08.12.2021 בגין אירוע מיום 01.03.2020

2. עם קבלת הודעתך, נפתחה תביעה שמספרה 185668.

3. תאריך תום תקופת ההמתנה הינו: 01.06.2020.

4. לצורך המשך טיפולנו, להלן רשימת המסמכים, שעליך להמציא לחברתנו, וכן רשימת המסמכים שנתקבלו עד כה. עליך לשלוח לחברתנו את המסמכים החסרים, אשר לא מופיע בצידם תאריך קבלה.

לתשומת לבך, בטופס התביעה ניתן לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך הבירור בתביעתך. נבקש לעדכן את בחירתך ולהעביר לחברתנו. במידה ולא בחרת את אופן משלוח הדיוור, ההודעות יישלחו באמצעות דואר ישראל.

מס	שם מסמך	תאריך התקבל	תקין/לא תקין	הערות
1	טופס תביעה מלא על כל סעיפיו	08.12.2021	לא תקין	יש למלא סעיף 6
2	סיכום מחלה	08.12.2021	לא תקין	יש להעביר סיכום מחלה מיום האירוע לטענת מרשך מ 1.3.2020 ועד היום
3	אישורי מחלה לתקופות מוגדרות ורצופות	08.12.2021	לא תקין	יש להעביר אישורי מחלה מ- 15.6.2020 ועד בכלל
4	יפוי כח	08.12.2021	תקין	
5	צילום צ'ק/פרטי חשבון בנק	08.12.2021	תקין	

מנורה מבטחים

6	ויתור סודיות רפואית	08.12.2021	תקין	
7	טופס 101	08.12.2021	לא תקין	יש להעביר טופס 101 נכון ל 2022
8	מכתב מסוכן/עו"ד/מבוטח	08.12.2021	תקין	
9	צילום ת.ז. של מבוטח/מוטב		לא תקין	יש להעביר צילום ת.ז. של
10	אישור מעסיק על מועד הפסקת העבודה		תקין	
11	מסמכי הסרת עיקולים		לא התקבל	יש להעביר אישור על הסרת עיקול
12	תלושי שכר/אישור רואי 106 חשבון/טופס		לא התקבל	יש להעביר 12 תלושי שכר לפני מקרה הביטוח

5. עם קבלת המסמכים המבוקשים, נמשיך את טיפולנו בתביעה.

6. מסמכי תביעות ניתן לשלוח לכתובת המייל: t-life@menora.co.il . כמו כן בכל שאלה ניתן לפנות ליצחק הילר בכתובת המייל MEYASHEV-ISHI-K@MENORAMIVT.CO.IL או למוקד תביעות חיים בטלפון: 03-7107680. בכל פנייה יש לציין את מספר התביעה 185668.

על פי חוק חוזה ביטוח, התשמ"א (1981) ועל-פי הוראות הפוליסה, חלה התיישנות על בקשה לתשלום תגמולי הביטוח, לאחר 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. במקרה של תביעת אובדן כושר עבודה, התביעה תתיישן בתום 3 שנים מיום ביצוע התשלום האחרון. במקרה של תביעה שאושרה באופן רטרואקטיבי, ההתיישנות תחל ממועד משלוח המכתב אודות אישור התשלומים רטרואקטיביים או מועד התשלום האחרון, לפי המאוחר מביניהם. במקרה והתובע קטין, שנות ההתיישנות יחושבו החל מהגעת התובע לגיל 18 בהתאם. לתשומת ליבך, הגשת תביעה לחברה וניהול התכתבות עמה, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות, אלא רק הגשת תביעה לבית המשפט.

מכתב זה אינו מהווה אישור תביעה או הכרה בה.

אנו מאחלים לך בריאות טובה!

בכבוד רב,
מחלקת תביעות ביטוח חיים
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

העתק: לעו"ד אריאל פרייברג

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

ת.ד. 927 תל-אביב, מיקוד 6100802 ☎ 03-7107777 ☎ 03-7107788 *2000 🌐 www.menoramivt.co.il



הנדון: תצהיר על העדר הכנסות מכל מקור אחר-עבור ניכוי דמי ביטוח לאומי ומס בריאות

אני הח"מ כהן חן, בעל ת.ז. מספר 201048451, מצהיר בזאת כי:

- הנני/הייתי מצוי באובדן כושר עבודה מיום _____ ועד ליום _____.
 - אינני עוסק ו/או עסקתי בעבודה כלשהי או בעיסוק כלשהו תמורת שכר או רווח או טובת הנאה כלשהי.
 - אינני מקבל ו/או קיבלתי ו/או צפוי לקבל תשלומי פנסיה מגורם כלשהו.
 - אינני מקבל ו/או קיבלתי ו/או צפוי לקבל תשלום פיצוי בגין אובדן כושר עבודה מחברת ביטוחאחרת או גורם אחר.
- לאור האמור לעיל, אבקש כי לא ינוכה לי מהפיצוי בגין אובדן כושר עבודה, מס בשיעור מרבי, אלא בהתאם למדרגות המס (שיעור מס מופחת).
- הנני מצהיר כי היה ויחול שינוי באמור לעיל, אודיע על כך למנורה מבטחים ביטוח בע"מ מיידית.

תאריך: _____

בכבוד רב,

חתימת המבוטח: _____

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

25.7.23

בדוא"ל

לכבוד
מנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ
באמצעות דוא"ל
א.ג.נ.

הנדון: חן כהן, ת.ז. 201048451
אובדן כושר עבודה

בהמשך למכתבכם ולשיחותינו הריני מתכבד לפנות להשיב ולצרף מסמכים כדלקמן:

1. מצ"ב כמבוקש סעיף 6 מלא.
2. מצ"ב פרוטוקולי והחלטות המל"ל לפיהן ובהתאם לתיעוד הרפואי בעניינו מצוי הוא באי כושר מלא לעבודה ונכותו בשיעור 100%.
3. כן, מצ"ב הפטר ותלושי שכר כמבוקש במכתבכם.
4. עוד מצ"ב תיעוד רפואי עדכני.
5. לאור כל האמור לעיל והמצ"ב אודה לעיונכם וטיפולכם המסור בתשלום תגמולי הביטוח והעברתם לחשבון נאמנות הח"מ.
6. לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

תביעת אובדן כושר עבודה ו/או נכות מקצועית בפוליסת ביטוח חיים חלק א' - למילוי על ידי המבוטח

1. פרטים מזדהים של המבוטח

מס' פוליסה	שם משפחה ושם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
כ"ב / ח	20104451	054-2215910	05/11/1999
כתובת	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	מיקוד
רח' הרצון מס' בית 24 ישוב ראשון		054-2215910	
שם קופת חולים	סניף	שם רופא משפחה	
נכר		ר"ה גלילי	

2. אופן משלוח הודעות - נודה לבחירתך את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך הבירור בתביעתך:

☐ דואר ישראל	☒ דואר אלקטרוני (מייל מאובטח)
כתובת מייל:	מס' טלפון נייד (חובה לציין לצורך משלוח סיסמה לפתיחת הודעת דוא"ל)
Frei.aril@gmail.com	054-6544930

- לתשומת ליבך, במידה ולא בחרת את אופן משלוח ההודעות ישלחו באמצעות דואר ישראל.
- בחירתך לאופן משלוח ההודעות תקפה לתביעה זו בלבד.

3. ככל שהינך מיוצג ע"י עורך דין, הודעות בדבר מהלך בירור התביעה יישלחו אליו. במידה והינך מבקש לשלוח הודעות אלו באמצעות דוא"ל, אנא הקפד על מילוי כתובת המייל של עורך הדין:

☐ דואר ישראל	☒ דואר אלקטרוני (מייל מאובטח)
כתובת מייל:	מס' טלפון נייד של עו"ד (חובה לציין לצורך משלוח סיסמה לפתיחת הודעת דוא"ל)
Frei.aril@gmail.com	054-6544930

4. פרטים מזדהים על מקום העבודה

מקום עבודה וכתובת	מס' טלפון בעבודה	פרטי תפקידך בעת הפגיעה
מס' 2020	מס' 2020	מס' 2020
שכר החודשי הממוצע ב-12 החודשים האחרונים לעבודתך	תאריך הפסקת עבודתך	האם השתנה תפקידך מאז הוצאת הפוליסה?
לא	לא	כן ☐ לא ☒
האם חזרת לעבודה	כן ☐ לא ☒	האם מועד חזרתך, מספר שעות עבודתך ביום

5. פרטים רפואיים

א. יש למלא במקרה שאי הכושר נגרם כתוצאה ממחלה

המועד בו הרגשת לדאשונה בהפרעות כלשהן	תאריך קבלת טיפול ראשון	תאריך אבחנת המחלה ועל ידי מי	האבחנה הרפואית	שם הרופא המטפל וכתובתו
03/11/2020				

ב. יש למלא במקרה שאי הכושר נגרם כתוצאה מתאונה

תאריך אירוע התאונה/הפגיעה	שעת אירוע התאונה/הפגיעה	כתובת מקום אירוע התאונה/הפגיעה
תאר בקצרה נסיבות התאונה:		

ג. יש למלא בכל מקרה

האם אושפדת או הינך מאושפד בבית חולים?	האם טופלת על ידי רופאים בקשר למצב בריאותך הנכחי ובכלל בשנתיים האחרונות?
כן ☐ לא ☒ פרט: 03/11/2020	כן ☐ לא ☒ פרט: 03/11/2020
שם הרופא וכתובתו	תאריך הטיפול

6. ביטוחים ותשלומים נוספים

האם אתם מקבל או זכאי לקבל תשלומי ביטוחים בזמן אי כושר העבודה מאת:			
זכויות לפיצוי		לא	כן
למשך זמן	סכום חודשי		
		X	
		X	
		X	
			X
	~ 3,500		
		X	
		X	

7. הצהרת המבוטח

אני החתום מטה מצהיר בזה כי תשובותי לעיל הינן מלאות ונכונות וידוע לי כי על פי הוראות החוק, מסירת מידע כוזב או מטעה עלול לגרום לדחיית תביעתי ו/או שלילת זכותי לפיצוי על פי הפוליסה. הנני מצהיר כי בתקופה אשר ציינתי לעיל, אינני עובד בענפי כלשהי ובמקרה ויחזור אלי כושר עבודתי, אף במידה חלקית, הנני מתחייב להודיע על כך לחברה, להמשיך בתשלום הפרמיות במלואן ולהחזיר לחברה פיצויים ששולמו לאחר שחזר אלי כושר העבודה.

23.11.21

תאריך

חתימת המבוטח

8.

הרוני מאשר בזאת למנורה מבטחים ביטוח (להלן - "מנורה") לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח מר/גב' _____ (להלן - "סוכן הביטוח") את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם תביעה זו ו/או מידע רפואי שנודע למנורה אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי "מנורה" בכל הנוגע להעברת המידעים ו/או המסמכים, לרבות המידע הרפואי לסוכן הביטוח ו/או באמצעותו.

23.11.21

תאריך

חתימת המבוטח

חלק ב' - שאלון לרופא המטפל

1. פרטים על מצבו הבריאותי של המבוטח

27/10/2019

א. ציין את התקופה בה נמצא המבוטח בטיפולך

ATEROUS ENOUS MALFORMATION

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

27/10/2019

ג. מועד התחלת המחלה / הפגיעה

ד. האם דרוש ביצוע ניתוח? ☐ לא ☒ כן, פרטי: אברם, אברהם

ה. האם בוצעו הבדיקות הרפואיות הבאות:

1. רנטגן ☐ לא ☒ כן

2. א.ק.ג. ☐ לא ☒ כן

3. אנדוסקופיה (כגון בדיקת קיבה או מעי הגס) ☒ לא ☐ כן

4. טומוגרפיה ממוחשבת ☐ לא ☒ כן

5. גלים על קוליים (אולטרא סאונד) או הדגמת איברים בעזרת איזוטופים ☒ לא ☐ כן

אם כן מתי, באיזה מוסד ומהן התוצאות? אברם, אברהם

בדיקות אחרות

ו. האם אפשר ליתק את המצב הבריאותי הנוכחי לאיזו מחלה או פגיעה גוף קודמת (ציין פרטים)

ז. מצבו הבריאותי הנוכחי של המבוטח:

☐ החלים, פרטי:

☐ הורע, פרטי:

☒ ללא שינוי, פרטי: אברם, אברהם

ח. האם נערכה בדיקה כלשהי לגילוי גידול סרטני? ☒ לא ☐ כן

אם כן פרטי סוג הבדיקה, מועד ותוצאותיה

ט. לנשים בלבד (ציין מקסימום פרטים כגון: תוצאות בדיקות, מועד ומקום):

האם נבדקה בבדיקה ממוגרפית (בדיקת שדיים) ☐ לא ☐ כן, פרטי:

האם נבדקה בבדיקה פפסמיר (בדיקת צואר הרחם) ☐ לא ☐ כן, פרטי:

2. פרטים על כושר עבודתו של המבוטח

א. באיזה תאריך נאלץ המבוטח להפסיק עבודתו?

27/10/2019

ב. באיזה תאריך חזר או יהיה מסוגל לחזור לעבודתו? אברם, אברהם

ג. אם המבוטח אינו מסוגל לחזור לעבודתו הקודמת ציין לאיזה סוג עבודה מסוגל לחזור? אברם, אברהם

ד. ציין פרטים נוספים בקשר לאובדן כושר עבודה, אם ישנם.

3. הערות:

תאריך 27/10/2019

כתובת אברם, אברהם

חתימת הרופא

שם הרופא/ה אברם, אברהם

חלק ג' - טופס בקשת מידע רפואי וויתור סודיות

אני החתום מטה: (במקרה של קטין ירשמו פרטיו על-ידי הורה)

שם משפחה ושם פרטי	מס' זהות	שם האב
כהן ח	20104451	
כתובת	א- הרצוג 24 יאן יאן	טלפון
		054-2215940

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, בתי חולים, פסיכיאטריים, רופאים, עובדיהם ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא ההגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או חברות לביטוח ו/או קרנות פנסיה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור למנורה חברה לביטוח או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה (להלן "המבקשים") ואת כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הנפשי ו/או הגנטי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי, אצל נותני השירותים שיפורטו להלן, לרבות המוסד לביטוח לאומי. כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

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

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן. ויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני, את יורשיי, את באי כוחי על-פי דין וכל מי שיבוא במקומי.

במקרה של קטין

שם האב	מס' זהות	שם האם	מס' זהות

חתימת המבוטח:

תאריך	שם פרטי ומשפחה	תעודת זהות	חתימת המבוטח
23.11.21	כהן ח	20104451	X

פרטי העד לחתימה (רופא, עו"ד, אחות, פסיכולוג, עובד סוציאלי, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח):

תאריך	שם פרטי ומשפחה	עיסוק	תעודת זהות	חתימה+חותמת + מס' עשיון
23.11.21	עמית גורן	ד"ר	06030937	X

חלק ד' - פרטי הבנק להעברת תשלום התביעה

יש לצרף העתק שיק מבטל או אישור על ניהול חשבון בנק.

אני זאב אריאל סה"ר מס' זהות 066630930
 כתובת אורן ה' 7, יבנה טלפון 03-7412354

1. נותן בזאת הוראה בלתי חוזרת שכל תשלום לו אהיה זכאי/ת בהתאם לפוליסה/ות מספר 133470 עבור אובדן כושר עבודה יועבר על ידי "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" לחשבון מס' בבנק סניף ארץ הח' 317 ע"ש אריאל רה"ט, כתובת הסניף: מראש ס 6 רח
2. הישום העברת הכספים לחשבוני בימנורה מבטחים ביטוח בע"מ" תהווה אסמכתא רשמית לקבלתם על ידי ואין ולא תהיינה לי כל טענה ו/או תביעה למנורה מבטחים ביטוח בע"מ" בכל הקשור לכספים.

חתימת מבטח

21.11.21

תאריך



סמון/י $\sqrt{\quad}$ בריבוע המתאים

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעסיק⁽¹⁾

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

שנת המס 2023

טופס זה ימולא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעסיק למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת⁽¹⁾ העובד, אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים.

{ראה הסברים {לפי המספרים} מעבר לדף}

א. פרטי המעסיק (למילוי ע"י המעסיק)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
			9

ב. פרטי העובדת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספה. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים. למי שאין מספר תעודת זהות יש לצרף צילום דרכון ואישור / רשיון שהיה בישראל שנתנו על ידי רשות האוכלוסין וההגירה)

מספר זהות (9 ספרות)		שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		תאריך עליה	
20104451		כהן		חן		05.11.1949			
מספר דרכון ולמי שאין מספר ת.ז.		כתובת פרטית		מספר		עיר/ישוב		מיקוד	
		רמת		2/3		אשדוד		552302	
מין		מצב משפחתי		דחוב/שכונה		חבר קיבוץ/מושב שיתופי		חבר בקופת חולים	
☒ זכר		☐ נשוי/אה				☐ כן		☐ לא	
☒ רווק/ה		☐ גרוש/ה				☐ לא		☐ לא	
☐ נקבה		☐ אלמן/ה		☐ פרוד/ה (חובה לצרף אישור כ"ט)		☒ כן		☐ לא	
כתובת דואר אלקטרוני		מספר טלפון		מספר טלפון נייד		מספר		שם הקופה	
				/		054 / 2215940		כ.כ.ר	

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

סמנ/י ✓ ליד שם הילד: בסור 1 אפ הילד נמצא בחזקתו

בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגיני קצבת ילדים מב"ל

אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)

☐ משכורת חודש⁽²⁾

☐ משכורת בעד משרה נוספת⁽³⁾

☐ משכורת חלקית⁽⁴⁾

☐ שכר עבודה (עובד יומי)⁽⁵⁾

☐ קצבה⁽⁶⁾

☐ מלגה⁽¹⁾

תאריך תחילה העבודה⁽¹⁾

בשנת המס

[illegible]

ה. פרטים על הכנסות אחרות

☒ אין לי הכנסות אחרות ממשכורת (משכורת חודש, בעד משרה נוספת, משכורת חלקית, שכר עבודה), מקצבה וממלגה⁽¹⁾
☐ יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:
☐ משכורת חודש⁽²⁾ ☐ שכר עבודה (עובד יומי)⁽⁵⁾
☐ משכורת בעד משרה נוספת⁽³⁾ ☐ קצבה⁽⁴⁾
☐ משכורת חלקית⁽⁴⁾ ☐ מלגה⁽¹⁾
 אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/י:
☐ אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד.) איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת⁽⁷⁾
☐ אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו⁽⁸⁾
☐ אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעסיק לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת⁽⁹⁾
☐ אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעסיק לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת⁽¹⁰⁾

ו. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
מספר דרכון (למי שאין מספר זהות) ☐ אין לבן/בת הזוג כל הכנסה ☐ יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: ☐ עבודה/קצבה/עסק ☐ הכנסה אחרת				

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

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

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

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

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

1	☒ לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעסיק זה. הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משרדת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכו'. 2. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה. 2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.																								
2	☐ יש לי הכנסות נוספות ממשכורת ⁽¹⁾ כמפורט להלן: <table border="1"> <thead> <tr> <th>שם</th> <th>כתובת</th> <th>מספר תיק ניכויים</th> <th>סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)</th> <th>הכנסה חודשית (לפי התלושים)</th> <th>המס שנוכה</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>	שם	כתובת	מספר תיק ניכויים	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	הכנסה חודשית (לפי התלושים)	המס שנוכה			9						9						9			
שם	כתובת	מספר תיק ניכויים	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	הכנסה חודשית (לפי התלושים)	המס שנוכה																				
		9																							
		9																							
		9																							
3	☐ פקיד השומה אישר תיאום מס לפי אישור מצורף.																								

י. הצהרה

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

תאריך: 21.7.22 חתימת המבקש/ת:

דברי הסבר למילוי טופס 101

- "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעסיק" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכו'. 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 במקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".
- 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. משכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאינה ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של פחות מ- 18 יום בתדוף אך לא פחות מ- 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאינה ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- אין לדווח על קצבה כפורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעסיק לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעסיק לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפי"ט.
- הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פירד ("נפ" אישור פ"ש בלבד).
- הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום בארשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- ישוב מזכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ה לפי העניין.

30/07/2023

אגף ביטוח חיים

מחלקת תביעות

מכתב מספר 241

מבלי לפגוע בזכויות

בכפוף לטענת התיישנות

לכבוד:

עו"ד אריאל פרייברג

נשלח באמצעות דוא"ל:

FREI.ARIEL@GMAIL.COM

14-304

הנדון: תביעת אובדן כושר עבודה מס' 185668 על שם כהן חן ת.ז. 201048451
פוליסה לביטוח חיים מספר 501300891 אירוע מיום 21/10/2019

שם פוליסה

מספר פוליסה

סטטוס 2015 קצבה משלמת

501300891

בהמשך לתביעתך שבנדון, הרינו להודיעך כדלקמן:

1. הרינו לאשר קבלת מסמכים נוספים, בציון מועד קבלתם בחברה, כמפורט בטבלה הרשומה מטה.

2. בנוסף, ולצורך המשך טיפולנו בתביעה, מפורטת להלן רשימת המסמכים, שעליך להמציא לחברתנו, וכן רשימת המסמכים שנתקבלו עד כה. עליך לשלוח לחברתנו את המסמכים החסרים, אשר לא מופיע בצידם תאריך קבלה.

מס	שם מסמך	תאריך התקבל	תקין/לא תקין	הערות
1	אישור מל"ל על גובה קצבתך החודשית	25.07.2023	תקין	
2	צילום ת.ז. של מבטח/מוטב	25.07.2023	לא התקבל	יש להעביר צילום ת.ז. של בעל חשבון הגאמנות
3	תלושי שכר/אישור רואי 106 חשבון/טופס	25.07.2023	לא תקין	יש להעביר תלושי שכר בגין תקופה של 4-6.2019
4	בקשה להעברה בנקאית	25.07.2023	תקין	
5	אישור אחוזי נכות מביטוח לאומי	25.07.2023	תקין	
6	טופס 101	08.12.2021	תקין	

7	מכתב מסוכן/עו"ד/מבוטח	08.12.2021	תקין	
8	צילום צ'ק/פרטי חשבון בנק	08.12.2021	תקין	
9	אישורי מחלה לתקופות מוגדרות ורצופות	08.12.2021	לא התקבל	האם קיים אישור רופא תעסוקתי
10	יפוי כח	08.12.2021	תקין	
11	סיכום מחלה	08.12.2021	לא תקין	יש להעביר את המסמכים הרפואיים אשר היו בועדה של ביטוח לאומי: 21.10.21 רופא כאב 5.1.22 נירולג 22.7.22 ביקורת באיכילוב בתאריך 22.8.22 המבוטח הופנה לבדיקות נוספות על ידי ד"ר ברנשטיין, האם בוצע? האם מתאריך 8.22 עד היום המבוטח היה בביקורת/בדיקות? יש להעביר
12	ויתור סודיות רפואית	08.12.2021	תקין	
13	טופס תביעה מלא על כל סעיפיו	08.12.2021	תקין	
16	פרוטוקול הביטוח הלאומי/ חו"ד רפואית	25.07.2023	תקין	

3. עם קבלת המסמכים המבוקשים, נמשיך את טיפולנו בתביעה.

4. מסמכי תביעות ניתן לשלוח לכתובת המייל: t-life@menora.co.il . כמו כן בכל שאלה ניתן לפנות ליצחק הילר בכתובת המייל 1
או למוקד תביעות חיים בטלפון: 03-7107680.
בכל פנייה יש לציין את מספר התביעה 185668.

על פי חוק חוזה ביטוח, התשמ"א (1981) ועל-פי הוראות הפוליסה, חלה ההתיישנות על בקשה לתשלום תגמולי הביטוח, לאחר 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. במקרה של תביעת אובדן כושר עבודה, התביעה תתיישן בתום 3 שנים מיום ביצוע התשלום האחרון. במקרה של תביעה שאושרה באופן רטרואקטיבי, ההתיישנות תחל ממועד משלוח המכתב אודות אישור התשלומים רטרואקטיביים או מועד התשלום האחרון, לפי המאוחר מביניהם. במקרה והתובע קטין, שנות ההתיישנות יחושבו החל מהגעת התובע לגיל 18 בהתאם. לתשומת ליבך, הגשת תביעה לחברה וניהול התכתבות עמה, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות, אלא רק הגשת תביעה לבית המשפט.



מכתב זה אינו מהווה אישור תביעה או הכרה בה.

אנו מאחלים לך בריאות טובה!

בכבוד רב,
מחלקת תביעות ביטוח חיים
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

העתק לסוכן: עו"ד אריאל פרייברג

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

ת.ד 1927 רמת גן, מיקוד 5211801 03-7107777 03-7107788 •2000 www.menoramivt.co.il

31.7.23

מ.ל.ב

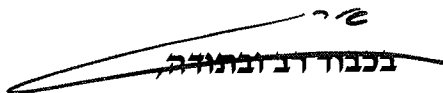
לכבוד
מנורה תביעות ביטוח חיים
באמצעות דוא"ל

א.ג.נ.,

הנדון: חן כהן, ת.ז. 201048451
תיעוד רפואי ומידע נוסף

הריני מאשר קבלת מכתבכם מיום 30/7/23 והנני מתכבד להשיבכם כדלקמן:

1. בהמשך למכתבכם מיום 23.10.22 מצ"ב המסמכים המבוקשים.
2. יצויין כי מרשי לא עבד בחודשים אפריל – יוני 2019 מחמת הפסקת העסקתו נוכח קשיים כלכליים והחל לעבוד במטריקס בחודש יולי ועל כן אין תלושי שכר לחודשים הללו.
3. מצ"ב צילום תעודת זהות.
4. מרשי לא נבדק ע"י רופא תעסוקתי. מאז מצבו הרפואי לא התאפשר לו לעבוד ואין ולא יכולה להיות מחלוקת כי מצבו אינו מאפשר עבודה ולא בכדי נקבע כך על ידי המל"ל.
5. לעיונכם וטיפולכם המסור באישור תביעת מרשי ותשלום תגמולי הביטוח אודה.


בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

מ.ל.ב.

14.8.23

בדוא"ל

לכבוד
מנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ
באמצעות דוא"ל
א.ג.א.

הנדון: חן כהן, ת.ז. 201048451
אובדן כושר עבודה

הריני מאשר קבלת הודעתך מיום 8/8/23 והנני מתכבד להשיבך כדלקמן:

1. מצ"ב תעודות רפואיות בתחום הנירולוגיה, עיניים, נירואופטלמולוגיה, רפואת כאב ואבחון והערכה קוגניטיביים.
2. כן, מצ"ב תוצאות בדיקת שמיעה וסיכום מרפאת זכרון כמו גם, רישיון לשימוש בקנאביס אשר ניתן למרשי מחמת מצבו.
3. נוכח מורכבות המקרה והצורך במספר רב של בדיקות והקושי במציאת תורים פנויים ממתין מרשי לתורים עתידיים אשר צריכים לקבל את אישור הקופה ולאחריהם יקבל תאריך כאמור.
4. לאור כל המקובץ אודה על טיפולכם המסור באישור תביעת מרשי והעברת תגמולי הביטוח לחשבון נאמנות הח"מ.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

20/08/2023

אגף ביטוח חיים
מחלקת תביעות
מכתב מספר 255
מבלי לפגוע בזכויות
בכפוף לטענת התיישנות

לכבוד:

עו"ד אריאל פרייברג

נשלח באמצעות דוא"ל:

FREI.ARIEL@GMAIL.COM

14-330

הנדון: תביעת אובדן כושר עבודה מס' 185668 על שם כהן חן ת.ז. 201048451
פוליסה לביטוח חיים מספר 501300891 אירוע מיום 01/03/2020

שם פוליסה מספר פוליסה
סטטוס 2015 קצבה משלמת 501300891

1. הרינו לאשר קבלת המסמכים, בציון מועד קבלתם בחברתנו, כמפורט בטבלה הרשומה מטה.

מס	שם מסמך	תאריך התקבל	תקין/לא תקין	הערות
1	פרוטוקול הביטוח הלאומי/ חו"ד רפואית	03.08.2023	תקין	
2	תלושי שכר/אישור רואי 106 חשבון/טופס	03.08.2023	תקין	
3	בקשה להעברה בנקאית	25.07.2023	תקין	
4	אישור מל"ל על גובה קצבתך החודשית	25.07.2023	תקין	
5	אישור אחוזי נכות מביטוח לאומי	25.07.2023	תקין	
6	צילום ת.ז. של מבוסח/מוטב	25.07.2023	תקין	
7	טופס 101	08.12.2021	תקין	
8	מכתב מסוכן/עו"ד/מבוטח	08.12.2021	תקין	

9	צילום צ'ק/פרטי חשבון בנק	08.12.2021	תקין
10	אישורי מחלה לתקופות מוגדרות ורצופות	08.12.2021	תקין
11	יפוי כח	08.12.2021	תקין
12	סיכום מחלה	15.08.2023	תקין
13	ויתור סודיות רפואית	08.12.2021	תקין
14	טופס תביעה מלא על כל סעיפיו	08.12.2021	תקין

2. אנו פועלים לאיסוף תיקון הרפואי של המבוטח מקופת החולים. אנו עושים את מיטב המאמצים לזרז את קבלת התיק הרפואי בהקדם. בסיום הבירור נודיעך עמדתנו בתביעה.

3. מסמכי תביעות ניתן לשלוח לכתובת המייל: t-life@menora.co.il. כמו כן בכל שאלה ניתן לפנות ליצחק הילר בכתובת המייל 1 או למוקד תביעות חיים בטלפון: 03-7107680. בכל פנייה יש לציין את מספר התביעה 185668.

על פי חוק חוזה ביטוח, התשמ"א (1981) ועל-פי הוראות הפוליסה, חלה ההתיישנות על בקשה לתשלום תגמולי הביטוח, לאחר 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. במקרה של תביעת אובדן כושר עבודה, התביעה תתיישן בתום 3 שנים מיום ביצוע התשלום האחרון. במקרה של תביעה שאושרה באופן רטרואקטיבי, ההתיישנות תחל ממועד משלוח המכתב אודות אישור התשלומים רטרואקטיביים או מועד התשלום האחרון, לפי המאוחר מביניהם. במקרה והתובע קטין, שנות ההתיישנות יחושבו החל מהגעת התובע לגיל 18 בהתאם. לתשומת ליבך, הגשת תביעה לחברה וגיהול התכתבות עמה, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות, אלא רק הגשת תביעה לבית המשפט.

תאריך 16/10/2023

לכבוד :
כהן חן
תעודת זהות 201048451

מבלי לפגוע בזכויות

א.ג.ג,

הנדון: פירוש פוליסות בחברתנו

בהמשך לפנייתך לחברה, נפתחה תביעה מספר 185668, בפוליסות ביטוח חיים שלהלן:

מספר הפוליסה	שם פוליסה
501300891	סטטוס 2015 קצבה משלמת

לנוחיותך, מפורטות להלן פוליסות גוספות בחברתנו בהן הינך מבוטח ובהן תוכל לבחון הגשת תביעה:

מספר הפוליסה	שם פוליסה
348137803	תאונות אישיות
501300925	קרן אור חדש

31/01/2024

אגף ביטוח חיים

מחלקת תביעות

מכתב מספר 248

מבלי לפגוע בזכויות

בכפוף לטענת התיישנות

לכבוד:

עו"ד אריאל פרייברג

נשלח באמצעות דוא"ל:

FREI.ARIEL@GMAIL.COM

14-125

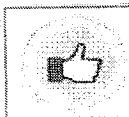
הנדון: תביעת אובדן כושר עבודה מס' 185668 על שם כהן חן ת.ז. 201048451
פוליסה לביטוח חיים מספר 501300891 אירוע מיום 01/03/2020

שם פוליסה

מספר פוליסה

סטטוס 2015 קצבה משלמת

501300891



פרטי אישור התביעה

1. אנו מאשרים את תביעתך שבנדון כמפורט להלן:
לתקופה מיום 01/06/2020 ועד ליום 31/05/2023 בשיעור 100%

2. אנו מאשרים את תביעתך שבנדון כמפורט להלן:
לתקופה מיום 01/06/2023 ועד ליום 29/02/2024 בשיעור 66%

3. אנו מאשרים את תביעתך שבנדון כמפורט להלן:
לתקופה מיום 01/03/2024 ועד ליום 31/12/2024 בשיעור 33%

4. תום תוקף הנספח 468,474,471,479 בתאריך 01/06/2056

תום תוקף הנספח 479,471,468,474 בתאריך 01/10/2056

5. תקופת המתנה עבור נספח 471,474,468,479 המוגדרת בפוליסה 3 חודשים ומסתיימת בתאריך 01/06/2020

6. המועד בו היו בידנו כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור התביעה: 03/08/2023

7. האישור ניתן בהתאם לתוצאות בדיקותיך הרפואיות, להלן פירוט: הבדיקות שבוצעה מטעמנו

ד"ר	מומחה	הבדיקה בוצעה בתאריך
ד"ר נג'ר רייכמן חגית	מומחית ברפואה תעסוקתית	14.12.2023
ד"ר נעאמנה מונתסר	מומחה בנוירולוגיה	14.12.2023

* מצ"ב העתק מהבדיקה הרפואית

* תנאי הנספח מופיעים בהמשך

	חישוב הפיצויים בהתאם לאישור
---	------------------------------------

1. אופן החישוב של סכום הפיצוי החודשי בפוליסה החל מתאריך 01/03/2024 :
סכום הפיצוי החודשי הנקוב בפוליסה 8,035.46 ₪ ברוטו

X
(מדד ביניים לצרכן בפוליסה 12872 נקודות/ מדד בסיס הנקוב בפוליסה 12377 נקודות)

X
(מדד השקעות נכון להיום 941.2547 נקודות / מדד ביניים השקעות 983.7521)
=

סכום הפיצוי החודשי נכון להיום 7,995.81 ₪ ברוטו

סכום הפיצוי החודשי בשיעור 33 % 2,638.61 ₪ ברוטו

אופן החישוב של סכום הפיצוי החודשי : 01/06/2023 בפוליסה החל מתאריך
סכום הפיצוי החודשי הנקוב בפוליסה 8,035.46 ₪ ברוטו

X
(מדד ביניים לצרכן בפוליסה 12872 נקודות/ מדד בסיס הנקוב בפוליסה 12377 נקודות)

X
(מדד השקעות נכון להיום 941.2547 נקודות / מדד ביניים השקעות 983.7521)
=

סכום הפיצוי החודשי נכון להיום 7,995.81 ₪ ברוטו

אופן החישוב של סכום הפיצוי החודשי נכון להיום בפוליסה
סכום הפיצוי החודשי הנקוב בפוליסה 8,035.46 ₪ ברוטו

X
(מדד בסיס הנקוב בפוליסה 12377 נקודות / מדד נכון להיום 13749)
=

סכום הפיצוי החודשי נכון להיום 8,926.19 ₪ ברוטו

אופן החישוב של סכום הפיצוי החודשי בפוליסה החל מתאריך 01/06/2022 :
סכום הפיצוי החודשי הנקוב בפוליסה 8,035.46 ₪ ברוטו

X
(מדד ביניים לצרכן בפוליסה 12872 נקודות/ מדד בסיס הנקוב בפוליסה 12377 נקודות)

X
(מדד השקעות נכון להיום 941.2547 נקודות / מדד ביניים השקעות 983.7521)
=

סכום הפיצוי החודשי נכון להיום 7,995.81 ₪ ברוטו

2. התקופה לתשלום בפוליסה 501300891 מ-01/06/2020 ועד ליום 31/03/2024, 45 חודשים

3. סך הכל לתשלום 357,673.62 ₪ ברוטו
בכפוף לניכוי מס הכנסה, דמי ביטוח לאומי ומס בריאות במקור אם יחול במקרה זה.
אופן החישוב :

סך כל לתשלום = סכום פיצוי חודשי X חודשי התקופה לתשלום

4. ביום 07/02/2024 יזוכה חשבון הבנק שלך בסכום זה

5. שחרור מתשלום פרמיות

במשך התקופה בה אושרה תביעתך לאובדן כושר עבודה תשוחרר מתשלום פרמיות חודשיות בשיעור דומה לסכום הפיצוי. את יתרת הפרמיה החודשית יהיה עליך להמשיך לשלם. ככל ששולמו פרמיות חודשיות עבור התקופה שאושרה לעיל, אנו נפעל להשבתם. בסיום תקופה זו, על מנת לשמר את זכאותכם להמשך הביטוח כפי תנאי הפוליסה, יש לשוב לשלם את תשלומי הפרמיה החודשית לנקוב בדף פרטי הביטוח.

	תנאי הנספח
--	-------------------

לפי תנאי הנספח 468 :

אובדן כושר עבודה מוחלט לפי הרחבה בנספח 471

המבוטח ייחשב כבלתי-כשיר לעבודה באופן מוחלט לצורך כיסוי ביטוחי זה בלבד, אם עקב תאונה או מחלה נשלל ממנו במהלך תקופת הביטוח לתקופה העולה על תקופת ההמתנה, באופן זמני או קבוע, כושר העבודה בשיעור של 75 אחוז לפחות. לעוסק בעיסוק שבו עסק עד לפני קרות מקרה הביטוח ובמעמד שבו היה עד לפני קרות מקרה הביטוח (להלן: "עיסוק ספציפי") להלן - "אובדן מוחלט של כושר העבודה לעניין זה" - "לפני קרות מקרה הביטוח" - תקופה שלא תעלה על 12 חודשים לפני קרות מקרה הביטוח, ואם שינה המבוטח את עיסוקו עקב המחלה או התאונה שגרמו למקרה הביטוח - תקופה שלא תעלה על 12 חודשים לפני קרות המחלה או התאונה כאמור. "מעמד" - שכיר או עצמאי.

אובדן כושר עבודה חלקי לפי הרחבה בנספח 471

כל עוד הרחבה זו בתוקף, במקום סעיף 7.1 לתוכנית הבסיסית יבוא:

"מקרה הביטוח לפי כיסוי ביטוחי זה" המבוטח ייחשב כבלתי-כשיר לעבודה באופן חלקי, אם עקב תאונה או מחלה נשלל ממנו במהלך תקופת הביטוח לתקופה העולה על תקופת ההמתנה, באופן זמני או קבוע, כושר העבודה, בשיעור של 74 אחוז-25 אחוז, לעסוק בעיסוק שבו עסק עד לפני קרות מקרה הביטוח, ובמעמד שבו היה עד לפני קרות מקרה הביטוח (להלן "עיסוק ספציפי") להלן - "אובדן חלקי של כושר העבודה" לעניין זה - "לפני קרות מקרה הביטוח" - תקופה שלא תעלה על 12 חודשים לפני קרות מקרה הביטוח, ואם שינה המבוטח את עיסוקו עקב המחלה או התאונה שגרמו למקרה הביטוח - תקופה שלא תעלה על 12 חודשים לפני קרות המחלה או התאונה כאמור. "מעמד" - שכיר או עצמאי

לפי תנאי הנספח 474 :

נספח הרחבה פרנציזה

א. זכאי המבוטח לפי התוכנית הבסיסית לפיצוי חודשי בגין החודש הרביעי שלאחר קרות מקרה הביטוח או עבור חלק ממנו, תשלם החברה למבוטח פיצוי חודשי נוסף בגין החודש השלישי שלאחר קרות מקרה הביטוח, שיהיה שווה בסכומו לסכום הפיצוי החודשי המשולם עבור החודש הרביעי, כאמור. למען הסר ספק יובהר כי אם תשלום הפיצוי החודשי בגין החודש

הרביעי יהיה תשלום חלקי בגין חלק מהחודש הרביעי בלבד, גם הפיצוי החודשי הנוסף בגין החודש השלישי יהיה תשלום חלקי בלבד.

ב. זכאי המבוטח לפי התוכנית הבסיסית לפיצוי חודשי בגין החודש החמישי שלאחר קרות מקרה הביטוח או עבור חלק ממנו, תשלם החברה למבוטח פיצוי חודשי נוסף בגין החודש השני שלאחר קרות מקרה הביטוח, שיהיה שווה בסכומו לסכום הפיצוי החודשי המשולם עבור החודש החמישי, כאמור. למען הסר ספק יובהר כי אם תשלום הפיצוי החודשי בגין החודש החמישי יהיה תשלום חלקי בגין חלק מהחודש החמישי בלבד, גם הפיצוי החודשי הנוסף בגין החודש השני יהיה תשלום חלקי בלבד.

ג. זכאי המבוטח לתשלום פיצוי חודשי (חלקי או מלא) בגין החודש השלישי או השני שלאחר קרות מקרה הביטוח, או חלק ממנו, כאמור לעיל בסעיף 3.1 או 3.2, לפי הענין,

או שניהם, תשלם החברה את השחרור לפי התוכנית הבסיסית עבור החודש השלישי או השני



תאריך 20/08/2023

לכבוד :
כהן חן
תעודת זהות 201048451

מבלי לפגוע בזכויות

א.ג.נ,

הנדון: פירוש פוליסות בחברתנו

בהמשך לפנייתך לחברה, נפתחה תביעה מספר 185668, בפוליסות ביטוח חיים שלהלן:

שם פוליסה	מספר הפוליסה
סטטוס 2015 קצבה משלמת	501300891

לנוחיותך, מפורטות להלן פוליסות נוספות בחברתנו בהן הינך מבוטח ובהן תוכל לבחון הגשת תביעה:

שם פוליסה	מספר הפוליסה
תאונות אישיות	348137803
קרן אור חדש	501300925

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

11.10.23

מ.ל.ב.

בדוא"ל

לכבוד
מנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ
באמצעות דוא"ל
א.ג.נ.

הנדון: חן כהן, ת.ז. 201048451
אובדן כושר עבודה

הריני מאשר קבלת מכתבכם מיום 10.10.23 והנני מתכבד להשיבכם כדלקמן:

1. ממכתבכם, כמו גם משיחת הטלפון של חברת מדיטון לח"מ עולה כי אתם מבקשים לבדוק את מרשי ע"י מומחה בתחום הנוירולוגי ובתחום התעסוקתי. בדיקה שלא נתקיים (כפי שעולה מהודעת מדיטון) לפני שלהי חודש נובמבר.
 2. מן התייעוד הרפואי, כמו גם מהחלטות ופרוטוקולי המל"ל עולה תמונה ברורה וחד משמעית לפיה מצוי מרשי באי כושר מלא לעבודה מחמת מצבו הרפואי המורכב על השלכותיו (ודאי לתקופות לא מבוטלות בעבר).
 3. בשים לב לאמור, נוכח מצבו הרפואי והשלכותיו שאינן יכולות להיות שנויות במחלוקת, בשים לב לחובות החלות על חברתכם מכח חוק חוזה ביטוח, השהות שאורכת לקבלת החלטה והן מטעמים הומניטריים הנכם מתבקשים להורות על תשלום (לפחות חלקי) של סכומים שאינם שנויים (ולא יכולים להיות שנויים!) במחלוקת ולהעבירם לפקודת הח"מ.
 4. לאור האמור לעיל, בצוק העיתים ובהתחשב בסיטואציה המורכבת בה מצוי מרשי ובה מצויים אזרחי ישראל ועל מנת לייתר את הצורך בפניה דחופה לערכאות אבקשכם לשלם תגמולי ביטוח (חלקים/מלאים) ללא דיחוי ולהעבירם לח"מ.
 5. כן, הנכם מתבקשים ליתן ארכה להתיישנות.
 6. לעיונכם וטיפולכם המהיר והמסור בביצוע התשלום אודה.
- מצ"ב בשנית אישור ניהול חשבון נאמנות הח"מ

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד

ARIEL FREIBERG, ADV
IGAL RASKIN, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

15.10.23

מ.ל.ב

בדוא"ל

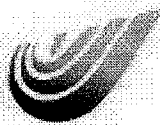
לכבוד
מנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ
באמצעות דוא"ל
א.ג.נ.,

הנדון: חן כהן, ת.ז. 201048451
אובדן כושר עבודה

1. בהמשך למכתבכם מצ"ב צילום ת"ז וצילום רישיון עו"ד של הח"מ בעל חשבון הנאמנות.
2. אודה לעיונכם וטיפולכם המסור בקבלת תשלום כאמור במכתבי מתאריך 11.10.23. ארכה להתשיינות וטיפולכם המסור והמהיר בהחלט נוכח המצב וחומרת מצבו של מרשי.

בכבוד רב ובתודה,

~~אריאל פרייברג, עו"ד
מ.ר. 82254
אריאל פרייברג, עו"ד~~



16/10/2023

אגף ביטוח חיים

מחלקת תביעות

מכתב מספר 255

מבלי לפגוע בזכויות

בכפוף לטענת התיישנות

לכבוד:

עו"ד אריאל פרייברג

נשלח באמצעות דוא"ל:

FREI.ARIEL@GMAIL.COM

14-330

הנדון: תביעת אובדן כושר עבודה מס' 185668 על שם כהן חן ת.ז. 201048451
פוליסה לביטוח חיים מספר 501300891 אירוע מיום 01/03/2020

שם פוליסה

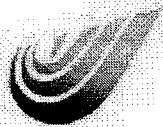
מספר פוליסה

סטטוס 2015 קצבה משלמת

501300891

1. הרינו לאשר קבלת המסמכים, בציון מועד קבלתם בחברתנו, כמפורט בטבלה הרשומה מטה.

מס	שם מסמך	תאריך התקבל	תקין/לא תקין	הערות
1	תלושי שכר/אישור רואי 106 חשבון/טופס	03.08.2023	תקין	
2	פרוטוקול הביטוח הלאומי/ חוו"ד רפואית	03.08.2023	תקין	
3	בקשה להעברה בנקאית	25.07.2023	תקין	
4	אישור מל"ל על גובה קצבתך החודשית	25.07.2023	תקין	
5	אישור אחוזי נכות מביטוח לאומי	25.07.2023	תקין	
6	צילום ת.ז. של מבוסה/מוטב	15.10.2023	תקין	
7	טופס 101	08.12.2021	תקין	
8	מכתב מסוכן/עו"ד/מבוטח	08.12.2021	תקין	



9	צילום צ'ק/פרטי חשבון בנק	08.12.2021	תקין
10	אישורי מחלה לתקופות מוגדרות ורצופות	08.12.2021	תקין
11	יפוי כח	08.12.2021	תקין
12	סיכום מחלה	08.12.2021	תקין
13	ויתור סודיות רפואית	08.12.2021	תקין
14	טופס תביעה מלא על כל סעיפיו	08.12.2021	תקין

2. במסגרת הטיפול בתביעתך, אנו מפנים אותך מטעמנו ועל חשבוננו לבדיקה רפואית לבחינה ובסיום הבירור נודיעך עמדתנו בתביעה.

3. מסמכי תביעות ניתן לשלוח לכתובת המייל: t-life@menora.co.il. כמו כן בכל שאלה ניתן לפנות ליצחק הילר בכתובת המייל 1 או למוקד תביעות חיים בטלפון: 03-7107680. בכל פנייה יש לציין את מספר התביעה 185668.

על פי חוק חוזה ביטוח, התשמ"א (1981) ועל-פי הוראות הפוליסה, חלה ההתיישנות על בקשה לתשלום תגמולי הביטוח, לאחר 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. במקרה של תביעת אויבדן כושר עבודה, התביעה תתיישן בתום 3 שנים מיום ביצוע התשלום האחרון. במקרה של תביעה שאושרה באופן רטרואקטיבי, ההתיישנות תחל ממועד משלוח המכתב אודות אישור התשלומים רטרואקטיביים או מועד התשלום האחרון, לפי המאוחר מביניהם. במקרה והתובע קטין, שנות ההתיישנות יחושבו החל מהגעת התובע לגיל 18 בהתאם. לתשומת ליבך, הגשת תביעה לחברה וניהול התכתבות עמה, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות, אלא רק הגשת תביעה לבית המשפט.

מכתב זה אינו מהווה אישור תביעה או הכרה בה.

אנו מאחלים לך בריאות טובה!

השני, לפי הענין, ונקבע כי המבוטח זכאי לשחרור לפי סעיף זה, ונשיב החברה למשלם את הסכומים ששילם עבור החודש השלישי או השני, או חלק מהם, לפי הענין, באמצעות העברתם למעסיק.

תשלום רטרואקטיבי

הפיצוי החודשי שישולם על ידי החברה על פי התנאים הכללים יהיה כדלקמן: בחודש הראשון שלאחר תום תקופת ההמתנה, הפיצוי הראשון המאושר לתשלום (בהתחשב במספר ימי אי-כושר העבודה בחודש האמור) מוכפל ב-2. בחודש השני שלאחר תום תקופת ההמתנה, הפיצוי השני המאושר לתשלום (בהתחשב במספר ימי אי כושר העבודה בחודש האמור) מוכפל ב-2. מהחודש השלישי שלאחר תום תקופת ההמתנה ואילך, אם אושר המשך תשלום, ישולם הפיצוי החודשי הנקוב בפוליסה. יובהר כי פסקה זו חלה אך ורק במקרה של אובדן מוחלט של כושר העבודה.



מנגנון הצמדה של הפיצוי החודשי

1. עשרים וארבע תשלומים ראשונים של פיצויים החודשי יהיה צמוד למדד המחירים לצרכן בהתאם לתנאי הפוליסה היסודית, מיום תחילת ביטוח זה ועד ליום קרות מקרה הביטוח ויוסיף להיות צמוד מדד עד תום שנתיים ממועד תום תקופת ההמתנה החל ממועד תשלום הפיצוי החודשי העשרים וחמש סכום הפיצוי החודשי ישתנה מידי חודש בחודשו ביחס לפיצוי החודשי העשרים וארבע, על-פי תוצאותיהן של ההשקעות במסלול ההשקעה 'מנורה ביטוח בסיסי למקבלי קצבה', בניכוי דמי ניהול ובהתאם להוראות המתאימות בתוכנית הביטוח.



מנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים

אנחנו מאחלים כי החלמתך תהיה מהירה. עם זאת, אם אובדן כושר העבודה יימשך מעבר למועד שאושר, להלן התהליך שעליך לבצע על מנת שנוכל לבדוק את המשך זכאותך לפיצוי החודשי:



שים לב, אם תקופת הזכאות הנוכחית ארוכה מ-60 יום, יישלח אליך מכתב תזכורת לבחינת המשך תביעתך 60 יום טרם מועד סיום זכאותך 

במידה ויוחלט להקטין או להפסיק את התשלומים העיתיים בעקבות הבדיקה המחודשת לזכאות, אנו נודיעך על כך לפחות 30 ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים, אך לא יותר מ-60 ימים לפני המועד האמור ובכל מקרה לא לפני שממצאי הבדיקה שנעשתה, הראו כי יש להקטין או להפסיק את התשלומים.



כללי

אנו שומרים לעצמנו את הזכות לבחון את התביעה לגופה, במידה ויוכיח כי טענת הסף אינה נכונה ו/או זוהרה. נציין כי באם יתגלה מידע רלוונטי נוסף לאירוע הנטען, בשל מסמכים רפואיים או אחרים אשר יגיעו אלינו בעתיד, הרי שלא יהיה באמור בכדי להוות ויתור על טענה כלשהיא.

	לפניות נוספות, ערעור והשגה על החלטת החברה
--	---

אנו עומדים לרשותכם בערוצים הבאים:

03-7608032		מחלקת תביעות ביטוח חיים: t-life@menora.co.il	
03-7107777			
https://www.menoramivt.co.il		ת.ד. 1927 רמת גן, מיקוד 5211801	
☐ באפשרותכם לשלוח תביעה למחלקת תביעות ביטוח חיים באחד מהערוצים שצוינו לעיל ☐ זכרו לציין מספר תביעה בכל פנייה למשרדנו		הגשת ערעור למחלקת תביעות	
☐ באפשרותך להגיש ערעור על החלטת רואם החברה והוועדה הרפואית עד 90 יום ממועד הכרעת החברה ☐ משלוח הערעור יתבצע באמצעות מילוי טופס אוטומטי באתר https://easy.menoramivt.co.il/admin/menora-ins-appeal-request?sourceType=haim או באחד מהערוצים שצוינו לעיל *הגשת ערעור רפואי תתאפשר במקרים בהם הדחייה בוצעה על בסיס החלטה רפואית.		הגשת ערעור רפואי	
☐ יש לכלול בערעור את מכתב תביעה ומסמכים רלבנטיים ☐ ניתן לפנות לממונה לפניות הציבור בחברתנו בכתובת דוא"ל: pnivou-zibur@menora.co.il או בת.ד. 1927 רמת גן, מיקוד 5211801		השגה על החלטת חברה לממונה לפניות הציבור	
☐ ניתן לפנות לממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר ו/או לערכאות משפטיות		השגה על החלטת חברה לממונה על שוק ההון	

על פי חוק חוזה ביטוח, התשמ"א (1981) ועל-פי הוראות הפוליסה, חלה ההתיישנות על בקשה לתשלום תגמולי הביטוח, לאחר 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. במקרה של תביעת אויבדן כושר עבודה, התביעה תתיישן בתום 3 שנים מיום ביצוע התשלום האחרון. במקרה של תביעה שאושרה באופן רטרואקטיבי, ההתיישנות תחל ממועד משלוח המכתב אודות אישור התשלומים רטרואקטיביים או מועד התשלום האחרון, לפי המאוחר מביניהם. במקרה והתובע קטין, שנות ההתיישנות יחושבו החל מהגעת התובע לגיל 18 בהתאם. לתשומת ליבך, הגשת תביעה לחברה וניהול התכתבות עמה, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות, אלא רק הגשת תביעה לבית המשפט.

בכבוד רב,
 אסף עוקשי, עו"ד
 מחלקת תביעות ביטוח חיים
 מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

ת.ד. 1927 רמת גן, מיקוד 5211801 ☎ 03-7107777 📠 03-7107728 📠 2000 * www.menoramivt.co.il



18 בדצמבר 2023
מספרנו: 333091/23

לכבוד
הילר איציק
ביטוח חיים
מנורה-חברה לביטוח

א.ג.נ.,

בדיקה רפואית בעניין כהן חן

תעודה זו נועדה לצרכים פנימיים בלבד, ואין לעשות בה שימוש לצורך גישור, בוררות או לשם הגשה לבית משפט.

אני החתומה מטה, ד"ר חגית נגיד רייכמן מומחית ברפואה תעסוקתית מ.ר. 1-30543 מ.ר.מ. 44495, בדקתי את כהן חן בעל ת.ז. 201048451 בתאריך: 14/12/2023 ולהלן חוות דעתי:

פרטי השכלתי:

- בוגרת לימודי רפואה, אוניברסיטת "קרול דה וילה", בוקרשט, רומניה, 2012
- התמחות ברפואה תעסוקתית, מכבי שרותי בריאות, 2015-2022
- תואר שני בבריאות בתעסוקה, M.Occ.H., אוניברסיטת תל אביב, 2017-2018
- רופאה תעסוקתית מומחית, מכבי שרותי בריאות, 2022 – כיום.

המסמכים שעמדו לרשותי:

1. אבחון נוירופיסיכולוגי במכון רקאנטי מ 5.23
2. סיכום תיק רפואי מקופ"ח מכבי
3. סיכום ביקור ממרפאת זיכרון בי"ח איכילוב 7.2022
4. סיכומי ביקור נוירולוג ד"ר אלגום אבי
5. בדיקת MRI מוח 7.23
6. בדיקה של ד"ר נעאמנה מונתסר, מומחה לנוירולוגיה מטעם חברת הביטוח ב14/12/2023

אנמנזה כללית:

גיל: 34 סטאטוס משפחתי: רווק
מגורים: אשקלון
ליד הארץ
רקע רפואי
תרופות קבועות
עישון: שולל
קנאביס רפואי: 20 גרם לחודש בתפירת
סמים: שולל
אלכוהול: חברתי
תחביבים: מחשבים
פעילות גופנית הליכה, משקולות
יד דומיננטית: ימין
נוהג? כן. סוג רשיון B
שירות צבאי: יחידת מיון בקריה. משק אישי מפקד. מתכנת

אנמנזה תעסוקתית:

השכלה: תואר ראשון במדעי המחשב
תואר
קורסים/ הדרכות

עיסוק: מתכנת שכיר. בהיקף משרה מלאה. במספר חברות הייטק. מ-2017 עד מרץ 2020

מפרשת המקרה:

ב-10.2019 עקב כאבי ראש עבר הדמיה מוחית שהדגימה AVM צרבלרי
עבר 3 צנתורים (12.2019/2.2020 ו-9.2020) עם סגירה חלקית, עבר הקרנה ב-8.22.
מאז מרגיש חולשה קלה בפלג גוף שמאל (לאחר הניתוח השני), מתקשה בביצוע פעולות המצריכות
מוטוריקה עדינה, בנוסף כאבי ראש פועמים/דוקרים פריטאוקציפטלי משמאל, בתדירות
משתנה בין פעם פעמיים ליום לפעמים בשבוע. קיבל טיפול מניעתי שלא עזר עד שקיבל קנביס
רפואי.
בנוסף מדווח על החמרה ביכולת לשמור על קשב וריכוז (היה גם לפני ההתערבות הכירורגית),
מוסח דעת בקלות, קשיים בשליפת מילים, מתקשה בביצוע מטלות מרוכבות.
בהערכה נוירוקוגניטיבית 7.2022 בדיקת MOCA 27/30, זיכרון מושהה 3/5 אולם נזכר עם רמזים.
באבחון נוירופיסיכולוגי במכון רקאנטי מ-5.23 יש פגיעה בזיכרון עבודה, מהירות העיבוד, זיכרון
מילולי, תכנון וארגון.
MRI מוח מ-7.23 – מלפורמציה סקולאית צרבלרית משמאל ללא עדות למילוי רוב המלפורמציה
חשד לקוורנומות טמפוראלית משמאל ואוקציפיטלי מימין, ללא שינוי מבדיקה קודמת
14/12/2023 בדיקה של ד"ר נעאמנה מונטסר, מומחה לנוירולוגיה מטעם חברת הביטוח
בבדיקה: בהכרה מלאה, מתמצא במקום ובזמן, שפה ודיבור תקינים, ללא קשיון עורף. ע"ק:
שדות ריאה תקינה, אישונים שווים, ללא RAPD, ללא כפל ריאה, תנועות עיניים תקינות, ללא
חולשת פנים. מוטוריקה: טונוס שמור ב-4 גפיים, צניחה מינמלית ללא פרונוציה ביד שמאלית,
החזרים מעט יותר ערים ברגל שמאלית, בבינסקי שלילי דו"צ. תחושה: שמורה. מוחון: ללא
דיסמטריה או דיסדיאדוכנזיה במבחן אצבע אף. הליכה: יציבה על בסיס תקין, רומברג שלילי.
בבדיקתי לא רואה מגבלה פיזית משמעותית.

תלונות רפואיות שמקשות עליו לחזור לעבודה:

צד שמאל חלש מאבד פוקוס עיני, שמיעה באוזן שמאל פחות טובה, יד שמאל חלשה מתקשה
בהקלדה, קושי להתרכז ולכן מתקשה בישיבה ממושכת. קושי בזיכרון. קושי בשליפת מילים.
קושי לשמור על חוט מחשבה לאורך זמן.

טיפול תרופתי:

קנביס

סטאטוס תעסוקה נוכחי:

לא עובד

בדיקה קלינית:

לא נצפו חסרים קוגניטיביים; מתמצא, משתף פעולה, ללא חריגות בדיבור, ללא קשיי שליפה מזיכרון, ללא רושם לבעיה בריכוז הליכה תקינה, ללא קושי במעברים, לא נצפו חסרים נוירולוגים בשרירי הפנים. אפקט אאוטימי לא חריגות בנראות ללא חריגות בשטף דיבור ובתוכן שיחה, ללא רושם לפסיכוזה, ללא רושם לאובדנות או מסוכנות מיידית קיימת תובנה, רושם לשיפוט תקין ללא כח"צ, לב קולות סדירים ללא אוושות, ריאות- כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ ללא חירחורים וללא ציפצופים, בטן רכה ללא רושם להגדלת איברים, גפיים תחתונות ללא בצקת או סימני פקת, עור- ב.מ.פ. טונוס שרירי ברגל שמאל מעט חלש לעומת רגל ימין. ללא דלדול. קושי בהליכה על עקבים ובהונות משמאל הערכת כח גס 4/5 טווח כף יד. ש.כ. י ואצבעות מלא. טונוס שרירי ביד שמאל מעט חלש לעומת יד ימין ללא דלדול. גריפ שמאל 4/5, אופוזיציה אגודל אצבעות משמאל 4/5. עור ב.מ.פ.

דיון וסיכום:

מדובר בגבר צעיר בן 34 עם רקע של הפרעת קשב, לאחר 3 צנתורים טיפולים לסגירת מלפורמציה AVM. צרבלארית משמאל מלין על חולשה בצד שמאל, קושי להתרכז, קושי בזיכרון תאריך אירוע 1/03/2020

14/12/2023 בדיקה של ד"רנעאמנה, מומחה לנוירולוגיה מטעם חברת הביטוח-מבחינה נוירולוגית הריני קובע כי מר חן כהן במצבו כיום, יכול לעבוד במגבלה של עיסוקים הכוללים קשב ויכולות קוגניטיביות גבוהות באופן ממושך, אפשר לעבוד בעומס נמוך יותר עם הפסקות יזומות. הערכה חוזרת בעוד שנה בתקווה שהתהליך השיקומי יעזור לו. לאחר בדיקתי ועיון במסמכים הרפואיים שעמדו בפני ובחוות הדעת של ד"ר נעאמנה מונתסר, להערכתני היה בא.כ.ע. מלא עד 5.2023. לאור ממצאי האבחון הקוגניטיבי שבוצע אז ניתן לקבוע כי ממועד זה כשיר לעיסוקו, בתחילה ב-33% משרה ל-6 חדשים, ולאחר מכן ב-66% משרה ועד שנה מבדיקתי. בתום התקופה הערכה חוזרת.

בכבוד רב

ד"ר נג'ר רייכמן חגית

מומחית לרפואה תעסוקתית
מ.ר. 130543 מ.ר.מ. 44495



g: אחוות דעת/חוות דעת-12.23 ויכוח חן-1.doc

12.4.24

לכבוד

מנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ

בדוא"ל: vaadot@menoramivt.co.il

ח.נ., שלום רב,

אובדן כושר עבודה
הנדון: חן כהן, ת.ז. 201048451
השגה/ערעור על החלטת רופא הקרן
מס' תביעה: 185668

הריני מאשר קבלת מכתבכם מיום 13.2.24 והנני מתכבד לפנות בהשגה כדלקמן:

1. כבר בפתח הדברים יצויין כי החלטתכם לא מביאה בחשבון את חומרת המקרה, את התייעוד הרפואי והקביעות הרפואיות הנחרצות בעניינו ואת מגבלותיו והקשיים הקשים איתם הוא נאלץ להתמודד על בסיס יומיומי.
2. במסגרת הבדיקה הקלינית אשר בוצעה ע"י מומחה מטעמכם נמצאה חולשה בפלג גופו השמאלי (חולשה שהיא עובדה ואינה יכולה להיות שנויה במחלוקת). יצויין כי לא ניתן לדבר משקל מספק אולם נגיע לכך בהמשך.
3. המומחית התעסוקתית מטעמכם קובעת, בצורה שרירותית שאין לה על מה להסתמך פרט על חוות דעת המומחים מטעמכם וקובעים:

"כי מר חן כהן במצבו כיום, יכול לעבוד במגבלה של עיסוקים הכוללים קשב ויכולות קוגניטיביות גבוהות באופן ממוצע, אפשר לעבוד בעומס נמוך יותר עם הפסקות יזומות. הערכה חוזרת בעוד שנה בתקווה שהתהליך השיקומי יעזור לו.

לאחר בדיקתי ועיון במסמכים הרפואיים שעמדו בפני ובחוות הדעת של ד"ר נעאמנה מונתסר, להערכתי היה בא.כ.ע. מלא עד 5.2023. לאור ממצאי האבחון הקוגניטיבי שבוצע אז ניתן לקבוע כי ממועד זה כשיר לעיסוקו, בתחילה ב-33% משרה ל-6 חדשים, ולאחר מכן ב-66% משרה ועד שנה מבדיקתי. בתום התקופה הערכה חוזרת "

4. המערער אשר סובל מקשיים אדירים, מקשיים מוטוריים, מקשיים קוגניטיביים, מכאבי ראש עזים, הפרעות בראיה, קשיי ריכוז, הפרעות שמיעה וצורך בטיפול תרופתי לרבות שימוש בנאביס רפואי ושיקום נפגעי ראש במסגרת של אשפוז יום לא מסוגל לעבודה כלל

ועיקר והדבר נקבע בצורה אובייקטיבית הן על ידי רופאי המטפלים אשר עמלים על החזרתו לתפקוד והן על ידי המוסד לביטוח לאומי אשר קבע כי הוא נעדר כושר לעבודה.

כך לדוגמא, בתאריך 14.12.2022 נקבע כי אינו מסוגל לשום עבודה עד לתאריך 31.1.24 :

5.

חוות דעת רופא מוסמך
לעניין כושר השתכרות

שם משפחה: כהן	שם פרטי: חן	מס' ת.ז.: 20104845
------------------	----------------	-----------------------

- ☐ אין צורך למלא חו"ד לעניין כושר השתכרות ☐ בנוכחות ☐ לא בנוכחות
☐ פרטים על העבודה: יש למלא סעיף ג' בעמוד 1 בטופס האבחון

• האבחנות והליקויים העיקריים המשפיעים על ההשתכרות:
מ.א מפרצת

• הטיפול הרפואי הניתן והעומס המוטל עליו בעטיו על התובע:
(נא לפרט: סוג הטיפול, תדירותו, משכו המשוער).

• השפעת 1+2 על כושר ההשתכרות: (יש להתייחס ולקחת בחשבון ההגבלות הנובעות מהליקויים והטיפולים והשלכותיהם על יכולתו של התובע לעבוד) חובה לנמק*.

- ☒ לא מסוגל לשום עבודה, או מסוגל לעבודה מוגנת שאינה מפרנסת. פרט ונמק*
☐ מסוגל לעבודה חלקית בתנאים מיוחדים. פרט ונמק*
☐ מסוגל לעבודה חלקית. פרט ונמק*
☐ מסוגל לעבודה מלאה בתנאים מיוחדים. פרט ונמק*
☐ מסוגל לעבודה מלאה. פרט ונמק*

6. התובע נאלץ לעבור טיפולי הקרנות אינטנסיביים והופנה למסגרת שיקומית לטיפול בנפגעי ראש. במסגרת הערכה נוירופסיכולוגית אשר בוצעה בשנת 2023 והתיעוד בעניינה הועבר לחברתכם הודגמו קשיים במהירות תגובה, במיקוד קשב חזותי, בפיצול קשב, פסיכמוטוריקה נמוכה ביותר, קושי בשמיעה מילולית, קושי ביכולת ניהול כללית, קושי בתכנון וארגון, זכרון עבודה גרוע, זכרון עבודה מרחבי לקוי ביותר, שטף פונמי וסמנטי לקוי ובחודש נובמבר 23 הומלץ על טיפול במסגרת מכון רקנאטי במטרה להשתלבות בתוכנית שיקום קדם תעוסקתית אשר ככל ותצלח יכול ויתאפשר סיוע בהשמה תעסוקתית באופן המתאים ליכולותיו ושאיפותיו.

6.

7. מיותר לציין כי המדובר הוא בהערכה של בעלי מקצוע המובילים בתחומם ותוכנית השיקום אשר הומלצה על ידם עודנה מתנהלת עד לחודש יולי 24 ואושרה במלואה ע"י המל"ל!

7.

עוד יצויין כי גם ועדה שהתקיימה בתאריך 3.1.24 קבעה בצורה נחרצת שאינה משתמעת לשני פנים כי המערער לא מסוגל לשום עבודה:

השפעת 1+2 על כושר ההשתכרות: (יש להתייחס וקצוות בוטמן יחידה) והשלכותיהם על יכולתו של התובע לעבוד (חובה לנמק*).

- ☒ לא מסוגל לשום עבודה, או מסוגל לעבודה מוגנת שאינה מפרנסת. פרט ונמק*
- ☐ מסוגל לעבודה חלקית בתנאים מיוחדים. פרט ונמק*
- ☐ מסוגל לעבודה חלקית. פרט ונמק*
- ☐ מסוגל לעבודה מלאה בתנאים מיוחדים. פרט ונמק*
- ☐ מסוגל לעבודה מלאה. פרט ונמק*

נימוקים:

☐ אם לא ניתן להשיב לסעיף 3 ללא קבלת מידע נוסף, פרט המידע הנדרש (כגון: חו"ד פקיד שיקום, ידע אחר).

• (כשיש ליקויים מתאונה) ציין הקשר בין אובדן הכושר והתאונה:
☐ מתאונה
☐ אובדן הכושר: ☐ לא מתאונה
☐ זמני, לבצע הערכה נוספת בעוד:

הערות:

חוות הדעת ניתנה על סמך: ☒ עיון בתיק ☒ שיחה עם התובע ☐ חוות דעת רופא מומחה
☐ קבלת מידע מפקיד שיקום ☐ עיון בטופס התביעה סעיף 3 עמוד 3
☐ אחר:

ד"ר חילקביץ אולגה

03/01/2024

חתימת הרופא:

שם הרופא:

תאריך:

9

המלצת הרופא בדבר סעיפי הליקוי ואחוזי הנכות הרפואית

בהסתמך על ☐ בדיקת התובע, ☐ מסמכים רפואיים, המלצתי היא כלהלן:

הליקוי	מתאונה	לנכות	לשר"מ	הסעיף במבחנים	אחוז הנכות**	נכות רפואית
סמן ✓	סמן ✓	סמן ✓	סמן ✓	סעיף עיקרי	סעיף משנה	מתאריך / עד תאריך (לזמני)
				52	51 (א) (א) (א)	3-2023
				53	51 (א) (א) (א)	3-2023

** בהיעדר נתונים מספיקים, לא ניתן לקבוע אחוזים לליקוי. לתקופה מ: _____ מנחילת הליקוי עד: _____

הערכת הרופא

ציין הערכתך לגבי השפעת ליקויי התובע על כושרו לעבוד: _____

ד"ר חילקביץ אולגה
 ממונה על מערכת
 מר. 2007

22/05/2024

אגף ביטוח חיים
מחלקת תביעות
מכתב מספר 255
מבלי לפגוע בזכויות
בכפוף לטענת התיישנות

לכבוד:

עו"ד אריאל פרייברג
נשלח באמצעות דוא"ל:
FREI.ARIEL@GMAIL.COM

14-330

הנדון: תביעת אובדן כושר עבודה מס' 185668 על שם כהן חן ת.ז. 201048451
פוליסה לביטוח חיים מספר 501300891 אירוע מיום 01/03/2020

שם פוליסה מספר פוליסה
סטטוס 2015 קצבה משלמת 501300891

1. הרינו לאשר קבלת המסמכים, בציון מועד קבלתם בחברתנו, כמפורט בטבלה הרשומה מטה.

מס	שם מסמך	תאריך התקבל	תקין/לא תקין	הערות
1	פרוטוקול הביטוח הלאומי/ חוו"ד רפואית	15.05.2024	תקין	
2	אישור אחוזי נכות מביטוח לאומי	15.05.2024	תקין	
3	מכתבי ערעור	15.05.2024	תקין,	
4	אישור פקיד שומה לניכוי מס במקור	01.04.2024	תקין	

2. הערעור הופנה לבחינת המומחים הרפואיים שבדקו את מרשך מטעמנו, ועם קבלת תשובתם נודיעך עמדתנו בתיק.

3. מסמכי תביעות ניתן לשלוח לכתובת המייל: t-life@menora.co.il. כמו כן בכל שאלה ניתן לפנות למוקד תביעות חיים בכתובת המייל MOKED-HEALTH@MENORA.CO.IL או למוקד תביעות חיים בטלפון: 03-7107680. בכל פנייה יש לציין את מספר התביעה 185668.

על פי חוק חוזה ביטוח, התשמ"א (1981) ועל-פי הוראות הפוליסה, חלה ההתיישנות על בקשה לתשלום תגמולי הביטוח, לאחר 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. במקרה של תביעת אובדן כושר עבודה, התביעה תתיישן בתום 3 שנים מיום ביצוע התשלום האחרון. במקרה של תביעה שאושרה באופן רטרואקטיבי, ההתיישנות תחל ממועד משלוח המכתב אודות אישור התשלומים רטרואקטיביים או מועד התשלום האחרון, לפי המאוחר מביניהם. במקרה והתובע קטין, שנות ההתיישנות יחושבו החל מהגעת התובע לגיל 18 בהתאם. לתשומת ליבך, הגשת תביעה לחברה וניהול התכתבות עמה, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות, אלא רק הגשת תביעה לבית המשפט.

מכתב זה אינו מהווה אישור תביעה או הכרה בה.

אנו מאחלים לך בריאות טובה!

בכבוד רב,
מחלקת תביעות ביטוח חיים
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

העתק לסוכן: עו"ד אריאל פרייברג

תאריך 22/05/2024

לכבוד :
כהן חן
תעודת זהות 201048451

מבלי לפגוע בזכויות

א.ג.נ,

הנדון: פירוט פוליסות בחברתנו

בהמשך לפנייתך לחברה, נפתחה תביעה מספר 185668 , בפוליסות ביטוח חיים שלהלן:

מספר הפוליסה	שם פוליסה
501300891	סטטוס 2015 קצבה משלמת

לנוחיותך, מפורטות להלן פוליסות נוספות בחברתנו בהן הינך מבוטח ובהן תוכל לבחון הגשת תביעה:

מספר הפוליסה	שם פוליסה
348137803	תאונות אישיות
501300925	קרן אור חדש

למידע נוסף, פנה לאתר המידע האישי בכתובתנו www.menoramivt.co.il.

בנוסף, באפשרותך להיכנס לאתר "הר הביטוח" לאיתור מוצרי ביטוח נוספים בכתובת harb.cma.gov.il.

אין באמור לעיל, בכדי לאשר כי יש עילה לתבוע בפוליסות הנוספות.

בכבוד רב,
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

ת.ד. 1927 רמת גן, מיקוד 5211801 ☎ 03-7107777 ☎ 03-7107788 ☎ *2000 www.menoramivt.co.il

01/11/2024

אגף ביטוח חיים
מחלקת תביעות
מכתב מספר 217
מבלי לפגוע בזכויות
בכפוף לטענות התיישנות

לכבוד:

עו"ד אריאל פרייברג

נשלח באמצעות דוא"ל:

FRELARIEL@GMAIL.COM

14-332

הנדון: תביעת אובדן כושר עבודה מס' 185668 על שם כהן חן ת.ז. 201048451
פוליסה לביטוח חיים מספר 501300891 אירוע מיום 01/03/2020

שם פוליסה

מספר פוליסה

סטטוס 2015 קצבה משלמת

501300891

בהמשך לתביעתך שבנדון, הרינו להודיעך כדלקמן:

1. תביעתך אושרה עד ליום 31/12/2024.

2. כפי שצוין במכתבנו הקודם, במידה ואובדן כושר העבודה יימשך מעבר למועד שאושר, לצורך בדיקה מחודשת לזכאותך לקבלת התשלומים העתיים, יהיה עליך להציג בפנינו את המסמכים הבאים:

1. אישורים עדכניים מרופאים מומחה/ים מטפל/ים, המעידים על המשך אי הכושר.
2. תוצאות בדיקות שבוצעו ממועד האישור הקודם ועד למועד זה.
3. שכיר - אם חזרת לעבודתך באופן מלא או חלקי, תלושי שכר מיום חזרתך לעבודה.
4. עצמאי - אישור רואה חשבון על הכנסתך לאחר מקרה הביטוח, ככל שקיימות הכנסות.

3. אישורים אלה יש להגיש לחברתנו בהקדם האפשרי.

4. לאחר קבלת המסמכים, ייתכן ונפנה אותך לבדיקת רופא מטעמנו ועל חשבוננו.

5. נציין כי באם יתגלה מידע רלוונטי נוסף לאירוע הנטען, בשל מסמכים רפואיים או אחרים אשר יגיעו אלינו בעתיד, הרי שלא יהיה באמור לעיל בכדי להוות ויתור על טענה כלשהיא.

6. מסמכי תביעות ניתן לשלוח לכתובת המייל: t-life@menora.co.il. כמו כן בכל שאלה ניתן לפנות מוקד תביעות חיים בכתובת המייל MOKED-HEALTH@MENORA.CO.IL או למוקד תביעות חיים בטלפון: 03-7107680.

על פי חוק חוזה ביטוח, התשמ"א (1981) ועל-פי הוראות הפוליסה, חלה התיישנות על בקשה לתשלום תגמולי הביטוח, לאחר 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. במקרה של תביעת אובדן כושר עבודה, התביעה תתיישן בתום 3 שנים מיום ביצוע התשלום האחרון. במקרה של תביעה שאושרה באופן רטרואקטיבי, ההתיישנות תחל ממועד משלוח המכתב אודות אישור התשלומים רטרואקטיביים או מועד התשלום האחרון, לפי המאוחר מביניהם. במקרה והתובע קטין, שנות ההתיישנות יחושבו החל מהגעת התובע לגיל 18 בהתאם. לתשימת ליבך, הגשת תביעה לחברה וניהול התכתבות עמה, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות, אלא רק הגשת תביעה לבית המשפט.



בכבוד רב,
מחלקת תביעות ביטוח חיים
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

ת.ד 1927 רמת גן, מיקוד 5211801 03-7107777 03-7107788 •2000 www.menoramivt.co.il