



הודעה על חזרה לעבודה / המשך אובדן כושר עבודה

הפניקס חברה לביטוח בע"מ

תביעות ביטוח חיים

דרך השלום 53

גבעתיים

| | | | |
|----------------|----------------|------------|--------------|
| שם פרטי ומשפחה | מס' תעודת זהות | מספר טלפון | כתובת (מלאה) |
|----------------|----------------|------------|--------------|

הריני מתכבד להודיעכם כי: (יש לסמן במקום המתאים)

חזרתי לעבודה במשרה חלקית למשך _____ שעות יומיות החל מ- _____ בשכר חודשי של _____ (יש לצרף תלושי שכר)

חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____.

אני עדיין במצב של אבדן כושר עבודה ולא חזרתי לעבודה (במקרה זה יש למלא ההצהרה המצ"ב).

| | |
|-------|--------------|
| תאריך | חתימת המבוטח |
|-------|--------------|

הצהרת המבוטח

הנני מצהיר כי אינני עובד בעבודה כלשהי ובמקרה שיוחזר אליי כושר העבודה ולו באופן חלקי הנני מתחייב להודיע על כך לחברה, להמשיך בתשלום הפרמיות ולהחזיר לחברה כספים ששולמו לי עבור תקופה שלאחר חזרתי לעבודה.

| | | |
|-------|----------------|-------|
| תאריך | שם פרטי ומשפחה | חתימה |
|-------|----------------|-------|

האם תבעת או שאתה זכאי לתבוע בקשר לתשלום פיצויים בשל מחלתך / פגיעתך ?

ביטוח לאומי לא _____ כן _____

קרנות פנסיה לא _____ כן _____

פרט: שם הקופה _____ גובה הפיצוי _____

חברת ביטוח אחרת לא _____ כן _____

פרט: שם החברה _____ גובה הפיצוי _____