**לוגו המשרד**

**לכבוד תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_**

**מדור תביעות פנסיה מבלי לפגוע בזכויות**

**רחוב \_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_**

**בפקס: \_\_\_\_\_\_\_\_**

**הנדון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

הריני מתכבד לפנות אליכם בשם מרשתי , גב' ................., כדלהלן,

1. במקביל למכתבנו זה המפרט את נסיבות התובענה מצורף גם טופס תביעה פורמאלי של החברה בצירוף המסמכים הנדרשים על פי טופס התביעה.

**ייפוי כח מצ"ב כנספח "1"**

**טופס תביעה מצ"ב כנספח "2"**

1. מרשתי עבדה ב ................... כ........................ ובמסגרת העסקתה בוטחה בקרן פנסיה בחברתם במסלול כללי.
2. מרשתי הייתה עובדת מסורה ומוערכת במשך 22 שנים ב ................ ביום .............. נערכה למרשתי שיחת שימוע במסגרתה הועלו האשמות קשות כנגדה בלא כל בסיס. התנהלות מעסיקה וסביבת העבודה העוינת שנוצרה גרמה למרשתי לירידה דרסטית במשקל, מצב נפשי קשה, התפרצות פסוריאזיס, כאבים מפושטים, והכול כפי שיפורט כאן בהרחבה.

**מצבה הנפשי של מרשתי**

1. ביום .................... ד"ר ...................... , פסיכיאטרית מומחית, בדקה את מרשתי וכתבה המלצותיה למעסיק כלהלן:

**"היום פנתה שוב בגלל ירידה במצבה הנפשי עקב שינוי תפקיד ובעיקר הבקשה לפנות את משרדה. הסימפטומים הפיזיים ש............. סובלת מהם מחמירים עקב מצב נפשי שעוברת. ............. עובדת תקופה ארוכה בסביבת עבודה עוינת, שגורמת ירידה דרסטית במצב הנפשי והפיזי. לכן מומלץ לא להזיז אותה מהמשרד כדי לא לגרום נזק נוסף".**

.....

**לציין שבתקופה אלה ירדה 16 ק"ג.**

**סיכום ביקור של .......................... מיום ............... מצ"ב כנספח "3".**

1. למרות הקשיים מרשתי המשיכה בעבודתה, אולם בחודש ................ עקב החמרה במצבה הנפשי היא לא יכלה להמשיך ולעבוד. ביום ...............ד"ר .............................., פסיכיאטרית מומחית, בדקה שוב את מרשתי וקבעה כלהלן:

**"היום, המצב העבודה הוא בלתי נסבל – עוברת נידוי בעבודה, אבל גם לקחו את כל העבודות שלה, דבר שגורם להחמרה במצבה הנפשי והפיזית. הפסוריאזיס התפשטה, כאבים ראומטיים, חוסר שינה, קושי להירדם ושכבר נרשמת מתעוררת עם סיוטי לילה, קשור לעבודה ומה שעשו לה. ירידה במשקל ומחשבות שמטרידים אותה על אותו נושא במשך היום והלילה.**

**........  
לתת חופש מחלה חודש ימים".**

**סיכום ביקור של ד"ר .....................מיום ............. מצ"ב כנספח "4"**

1. בהתאם להמלצה זו ד"ר ...................., רופא משפחה ממכבי שירותי בריאות, הפיק אישור מחלה למרשתי מיום ..................... ועד ליום .................

**אישור מחלה מיום .................... ועד ליום ................... מצ"ב** **כנספח "5"**

1. יוסבר, כי רופאיה של מרשתי התייחסו למקום עבודה הנוכחי, אולם בפועל ולאור ההחמרה במצבה הנפשי והפיזי, מרשתי לא הייתה מסוגלת כלל לעבוד לא באוניברסיטה ולא בכל מקום אחר.
2. בביקור מיום ..................... ד"ר ............................, פסיכיאטרית מומחית, ממליצה על טיפול תרופתי ומתרשמת שאין כל שיפור נפשי ופיזי במצבה של מרשתי. בסיכום ביקור היא קובעת כלהלן:

**"מצב של פסוריאזיס מתפשט וכאבים ראומטיים גם לא משתפרים. אין ספק שעטרה נמצאת במצב של PTSD קשור לדברים שעברה בעבודה.**

**.........**

**אבקש לתת כרגע עוד חודשיים חופש מחלה".**

**סיכום ביקור של ד"ר....................... מיום ................. מצ"ב כנספח "6"**

**אישורי מחלה מיום ................ ועד ליום ................ מצ"ב כנספח "7"**

1. בביקור נוסף מיום ...........ד"ר........................,פסיכיאטרית מומחית, קובעת כי **"מצבה הנפשי לא משתפר"** והיא זקוקה לטיפול תרופתי ושיחות. בהתאם למצבה ד"ר .............. ממליצה על עוד שלושה חודשי מחלה.

**סיכום ביקור של ד"ר ............................. מיום ............ מצ"ב כנספח "8"**

1. הנה כי כן, מצבה הנפשי והרפואי של מרשתי אשר הייתה אישה פעילה, עובדת, אמא ל-3 ילדים השתנה ללא היכר. מרשתי עושה כל אשר לאל ידה בכדי לחזור למצבה ותפקודה טרם האירוע. כך, מרשתי נוטלת טיפול תרופתי, הולכת לשיחות עם פסיכולוג באופן פרטי בתדירות שבועית, וכן הולדת לטיפולי פוטותרפיה.

**מצבה הרפואי של מרשתי**

1. לאור מצבה הנפשי והסטרס בו הייתה שרויה מרשתי אזי בחודש ........... החלה התפרצות של פסוריאזיס. ביום ............... ד"ר .............., מומחה למחלות עור ומין ממכבי שירותי בריאות, בדק את מרשתי וראה כי מדובר בהתפרצות קשה בעיקר בקרקפת, גפיים תחתונות, ואמות הידיים. לאור מצבה, הוא הפנה את מרשתי לטיפולי פוטותראפיה.

**סיכום ביקור של ד"ר ............. מיום ........... מצ"ב כנספח "9"**

1. לאור האמור, מרשתי החלה בסדרת טיפולי פוטותרפיה בבית חולים אסותא. בפגישה הראשונה ביום .............. נקבע כי למרשתי "פסוריזיס נרחבת שמפריע מאוד למטופלת". יצוין, כי עד ליום ............... מרשתי עברה 64 טיפולים. למרות שנשארו נגעים הוחלט לאור התמונה הקלינית, גוון עורה, וריבוי נקודות חן לסיים את הטיפול.

**סיכום ביקור מכון פוטותרפיה מיום ................ מצ"ב כנספח "10"**

1. בהתפרצות זו של הפסוריאזיס מרשתי אף חשה כאבי פרקים ממושכים, ובהתאם נבדקה אצל ד"ר .............., מומחה בראומטולוגיה ממכבי שירות בריאות, אשר קבע כלהלן:

**"אובחן PSORIASIS (לפני 6 חודשים)- מעקב מומחה עור אובחן פוטותרפיה – טיפול מקומי XAMIOL. תלונות של כאבים במפרקי ידיים, ברכיים קרסוליים, גב תחתון (חודש לאחר התפרצות תופעה עורית).**

**.......**

**רגישות מעל מספר מפרקים (סימטרי)**

**.......**

**סיכום והמלצות: ביקורת להערכת תוצאות ARCOXIA לפי הצורך"**

1. כך, מצבה הרפואי של מרשתי גרם לה לחוסר יכולת לתפקד והיא נדרשה לטפל בעצמה באופן שוטף בכדי להיות מסוגלת לחזור לתפקוד שוטף וסביר.

**יכולתה התעסוקתית של מרשתי**

1. עקב מצבה הרפואי מרשתי הייתה בחופשת מחלה מיום ............... ועד ליום ................. ובהמשך הופנתה לרופא תעסוקתי. ד"ר .............., מומחה ברפואה תעסוקתית ממכבי שירותי בריאות, בדק את מרשתי וקבע כלהלן:

**"בהתחשב במצב בריאותה הנוכחי, הנ"ל אינה כשירה לחזור לעבודתה בשלב זה (כהמלצה לשינוי בתפקיד במקום עבודתה).**

**תוקף ההמלצה מתאריך .............. ועד ..................".**

**אישורי מחלה צורפו לעיל**

**אישור מרופא תעסוקתי מיום .............מצ"ב כנספח "12"**

1. ד"ר ..................., מומחה ברפואה תעסוקתית ממכבי שירותי בריאות, נפגש פעמיים נוספות עם מרשתי ולאחר שבדק אותה ואישר כי במצבה הנוכחי אינה כשירה לחזור לעבודתה וזאת מיום **..................** ועד ליום **.................**

**אישורים מיום ................. ומיום ...............מצ"ב כנספח "13"**

1. נשוב ונבהיר, כי מרשתי אינה שבעת רצון ממצבה הנוכחי- לא ממצבה הרפואי, לא ממצבה הנפשי, ולא ממצבה התפקודי. חוסר היכולת להתנהל באופן יומיומי ומסודר פוגע בה עד מאוד, וברור שמרשתי הייתה מעדיפה לנהל אורח חיים נורמטיבי, לעבוד, לשוב לעצמה ולא להיות תלויה על קצבה.
2. לאור האמור, יש למרשתי פנסיית נכות וזאת מיום ............ ועד לפחות ליום .....................
3. אנו מודים מראש על טיפולכם

**בברכה,**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ עו"ד**