

מבוטח/ת יקר/ה

על מנת לעזור ככל הניתן בקבלת טיפול מהיר ויעיל באמצעות חברתנו ו/או בטיפול בפנייתך, נבקשך למלא את הפרטים בטופס זה.

לנוחיותך, להלן דף הנחיות המפורט מטה, שסייע לך-המבוטח בכל הנוגע למסמכים ולמידע אותו יש להגיש לחברת הביטוח, וזאת בכדי שנוכל לטפל בתביעתך במהירות האפשרית ולשביעות רצונך.

לאחר מילוי הטופס וצירוף המסמכים הנדרשים, יש להעביר לחברתנו באחת מהדרכים הבאות:

בדואר: רח' אבא הלל סילבר 12, רמת גן 52008, ת.ד. 10957.

בפקס: 03-7569586

במידת הצורך אל תהססו/י לפנות למוקד השירות שלנו בטלפון 1800-35-2001 שישמח לעזור ולייעץ לך.

הכיסויים בפוליסה ופירוט המסמכים הנדרשים לתביעה בגינם:

כללי

1. לטיפול יעיל בתביעתך אנא הקפד למלא את הפרטים ולחתום במקומות המצוינים.
2. בנוסף למסמכים הנדרשים לפי סוג התביעה כמפורט להלן, נבקש לצרף את המסמכים הרפואיים המעידים על התאונה/פגיעה/שבר/כוויה ונסיבותיה.
3. פירוט פרטי חשבון בנק לשם ביצוע העברה בנקאית.

רובד בסיסי

- | | |
|---|---|
| <p>✓ פרק ט' – הוצאות רפואיות עקב תאונה</p> <ul style="list-style-type: none"> • קבלות מקוריות (מקור או העתק מאושר). • אישורים רפואיים הכוללים המלצה להוצאה / כיסוי. <p>✓ פרק י' – שירותים רפואיים בעת חופשה בישראל</p> <ul style="list-style-type: none"> • אישור שהיה מאתר הנופש / בית המלון. • קבלה מקורית בגין השירות הרפואי. • מסמכים רפואיים המעידים על הצורך בהזמנת הטיפול / שירות רפואי. <p>✓ פרק י"א – חבות כלפי צד ג'</p> <p>✓ פרק י"ב – הוצאות רפואיות מיוחדות</p> <p>✓ פרק י"ג – פיצוי שבועי בגין אי כושר עבודה עקב תאונה או מחלה</p> <ul style="list-style-type: none"> • אישורים רפואיים (מקור או העתק מאושר) <p>✓ פרק י"ד – הוצאות הכשרה מקצועית לבעל אובדן כושר עבודה</p> <ul style="list-style-type: none"> • אישורים רפואיים (מקור או העתק מאושר) • קבלות בגין ההוצאה עבור ההכשרה המקצועית (מקור או העתק מאושר). | <p>✓ פרק ד' – ביטוח נכות ופטירה כתוצאה מתאונה</p> <ul style="list-style-type: none"> • אישורים רפואיים (מקור או העתק מאושר) • סיכום מחלה מבית חולים, אישורים וחוות דעת מרופאים מטפלים. • אישורים ממוסדות ממשלתיים (משטרת ישראל, משרד הביטחון וכו') המעידים על נסיבות האירוע. • אישורים מהמוסד לביטוח לאומי (ענף נפגעי עבודה בלבד) על שיעור הנכות הצמיתה ועותקים מהפרוטוקולים של מוסד זה. <p>✓ פרק ה' – פיצוי נוסף במקרה של מצב סיעודי כתוצאה מתאונה</p> <ul style="list-style-type: none"> • אישורים רפואיים (מקור או העתק מאושר) • סיכום מחלה מבית החולים • מסמכים הכוללים חוות דעת רפואית • תוצאות תעודות מחלה, טיפולים רפואיים וכו'. • מסמכי הוועדה הרפואית מהמוסד לביטוח לאומי. • מסמך רפואי עדכני המעיד על אופן תפקודך היום-יומי. <p>✓ פרק ו' – פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה או מחלה</p> <ul style="list-style-type: none"> • סיכום מחלה מבית החולים הכולל את ימי האשפוז. <p>✓ פרק ז' – ביטוח שבר כתוצאה מתאונה</p> <ul style="list-style-type: none"> • T.C / פענוח צילום רנטגן המעיד על קיומו של שבר ומכתב מרופא אורטופד ו/או מומחה (מקור או העתק מאושר). • סיכומי מחלה מבית חולים, אישורים וחוות דעת מרופאים מטפלים. <p>✓ פרק ח' – אירוע כוויה כתוצאה מתאונה</p> <ul style="list-style-type: none"> • אישורים רפואיים (מקור או העתק מאושר) המעידים על היקף הכוויה ודרגתה. • סיכום מחלה מבית החולים. |
|---|---|

הנני מעוניין/ת להגיש תביעה בגין (נא סמן X במשבצת המתאימה):

- ביטוח נכות ופטירה כתוצאה מתאונה פיצוי נוסף במקרה של מצב סיעודי כתוצאה מתאונה פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה או מחלה ביטוח שבר כתוצאה מתאונה אירוע כווייה כתוצאה מתאונה הוצאות רפואיות עקב תאונה שירותים רפואיים בעת חופשה בישראל חבות כלפי צד ג' הוצאות רפואיות מיוחדות פיצוי שבועי בגין אי כושר עבודה עקב תאונה או מחלה הוצאות הכשרה מקצועית לבעל אובדן כושר עבודה.

1. פרטי המבוטח				
שם המשפחה	שם פרטי	מס' ת"ז	תאריך לידה	מקצוע / עיסוק
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' טלפון
2. פרטים על מקום העבודה				
שם מקום העבודה	כתובת מקום העבודה	מס' טלפון בעבודה		
3. פרטים על האירוע / תאונה / פגיעה				
היכן נפגעת בגופך	תאריך קבלת הטיפול הראשון	שם הרופא המטפל וכתובתו		
תאריך אירוע התאונה / הפגיעה	שעת אירוע התאונה / הפגיעה	כתובת מקום אירוע התאונה / הפגיעה		
4. פירוט האירוע / התאונה / הפגיעה (יש לציין בפירוט רב ככל הניתן)				

5. פרטים רפואיים				
שם קופת החולים	שם הסניף	שם רופא המשפחה	שם בית החולים המטפל	
שמות רופאים מטפלים נוספים:	כתובתם:	תאריכי טיפול:		
1. _____	1. _____	1. _____		
2. _____	2. _____	2. _____		
האם הינך מאושפז בבית חולים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט _____				
6. ביטוחים נוספים				
האם תבעת או הנך עומד/ת לתבוע חברת ביטוח אחרת או גורם אחר (משרד הביטחון, ביטוח לאומי וכו') בקשר לתשלום פיצויים בגין האירוע הנ"ל?				
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט _____	שם הגורם הנתבע	מס' פוליסה	מס' תביעה	פרטים נוספים
7. במקרה של תביעה לפיצוי סיעודי				
האם אתה מסוגל לקום מהמיטה ולשכב בכוחות עצמך?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט _____			
האם אתה מסוגל להתלבש ולהתפשט בכוחות עצמך?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט _____			
האם אתה מסוגל להתרחץ /להתגלח בכוחות עצמך?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט _____			
האם אתה מסוגל לאכול ולשתות בכוחות עצמך?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט _____			
האם אתה מרותק לכסא גלגלים או למיטה?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט _____			
האם אתה שולט על סוגרים?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט _____			
8. הצהרה ובקשה לתשלום באמצעות העברה בנקאית				
אני החתום מטה מצהיר בזה כי תשובותיי לעיל הינן מלאות וכנות וכי לא העלמתי מהחברה דבר בקשר עם עברי ו/או בקשר עם התביעה הנוכחית. ידוע לי כי על פי החוק העלמת פרטים בהצהרתי זו או מתן תשובות שאינן מלאות וכנות תגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות לפיצוי על פי הפוליסה.				
אבקש להעביר את תגמולי הביטוח אם וככל שמגיעים לי או למי מבני משפחתי				
לבנק	מס' סניף	שם הסניף	מס' חשבון	ע"ש
תאריך	ת.ז.		חתימה	
תאריך	ת.ז.		חתימה	

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

הצהרת ויתור על סודיות רפואית (במקרה של קטין חתימה של שני ההורים)

אני הח"מ, המועמד/ת לביטוח עפ"י הפוליסה המבוקשת נותן/ת בזה רשות למוסד לביטוח לאומי ו/או ללשכה לשירותי רווחה ו/או למשרד הביטחון ו/או ל"בעל הפוליסה" ו/או ל"יועץ" ו/או לחברות ביטוח ו/או קופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפים, וכן לכל הרופאים וכל המוסדות ובתי החולים למסור לחברת הביטוח (להלן: "המבקשים"), פרטים על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי ו/או שהנני חולה בה כעת והנני משחרר/ת אותם וכל רופא מרופאיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ו/או ל"בעל הפוליסה" ו/או ל"יועץ".

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד
			טלפון

פרטים רפואיים			
שם קופת חולים	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שמות נותני השירותים	רופאים	מכונים / מעבדות	
מוסדות רפואיים בתי חולים, מרפאות, רופאים פרטיים וכו'	.1 _____ .2 _____ .3 _____ .4 _____	.1 _____ .2 _____ .3 _____ .4 _____	.1 _____ .2 _____ .3 _____ .4 _____

קופת חולים קודמת	מרפאה קודמת
------------------	-------------

תאריך	חתימה
-------	-------