

הודעת מבטח – תביעה לתשלום סכום חד פעמי עקב מחלה קשה

א. פרטים כלליים:

פוליסה לביטוח חיים מס': _____
בעלות הפוליסה: _____ המבטח/ת: _____ מס' ת.ז. של המבטח/ת: _____
כתובת המבטח/ת: _____ מיקוד: _____ טלפון: _____
אם התובעת/ת איננו המבטח/ת, נא למסור פרטים על התובעת/ת: _____

ב. פרטים נוספים על המבטח/ת:

תאריך לידה: _____ (אם הגיל לא אושר בפוליסה, יש לצרף אישור הגיל).
מקצוע / משלוח יד: _____
העיסוק לפני המחלה: _____
אם שינית את המקצוע / משלוח היד / העיסוק מאז הוצאת הפוליסה הנ"ל, נא למסור פרטים על כך: _____
באיזו קופת חולים את/ה מטופלת: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____
שם חפא הבית וכתובתו: _____

ג. פרטים על מקרה המחלה:

1. מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה? _____
2. פרטים על מהלך, סיבות ותוצאות המחלה: _____
3. מיהם הרופאים או המוסדות הרפואיים שטיפלו במבטח/ת בקשר למחלה זו? _____
4. האם את/ה עדיין מאושפז/ת בבית חולים / בית החלמה? ☐ לא ☐ כן, אם כן, נא למסור פרטים: _____
5. האם את/ה מרותק/ת למיטה או לביתך עפ"י הוראות רופא? _____
6. האם יש לך ביטוחים אחרים המכסים מחלה: ☐ לא ☐ כן, אם כן, נא למסור פרטים (שם החברה, סוג הפוליסה, סכומי ביטוח או פיצוי, תקופת הביטוח ועוד): _____
7. האם הגשת תביעה בגין האיחוד למוסד לביטוח לאומי? ☐ לא ☐ ואם לכל גורם אחר? ☐ לא ☐ כן, אם כן, נא למסור פרטים: _____

אני (המבטח/ת) _____ מצהיר/ה בזאת כי כל האמור לעיל הוא נכון וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה הנכחית.

אני המבטח/ת / התובעת/ת, מבקש/ת לאור כל האמור לעיל, לשלם לי / לתובעת/ת, את סכום הביטוח.

תאריך: _____ חתימה: _____ X

לצורך המשך הטיפול בתביעה יש לצרף להודעה זו את המסמכים הבאים:

1. סיסמי אישפוז במידה וקיימים.
2. אישור רפואי מרופא מומחה מטפל.
3. במקרה גילוי מחלת הסרטן, יש לצרף ממצאי בדיקה פתולוגית.
4. צילום תעודת זהות של המבטח/ת.
5. טופס ויתור סודיות רפואית חתום (מצרף).

אנא העבירו כל המסמכים הרשומים מעלה למען נוכל לטפל בתביעתכם במהירות וביעילות.
ייתכן כי בעת בדיקת התביעה יעלה הצורך במסמכים נוספים.

רח' היצירה 3, קרית-אריה, פ"ת 49512 טל': 03-9295099

ויתור על סודיות רפואית וכללית

חלק א' אני הח"מ מטה (במקרה של קטין יירשמו פרטיו):

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מספר	ישוב	מיקוד
		טלפון	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון – השתלשלות פרופיל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין תעודות בירור פרטים על נוסע – כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד העליה ו/או הקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי – חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ב"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור ל: _____ (להלן: "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או השגי בלימודים ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים כולל מחלת האיידס ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכון מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או משרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הקליטה ו/או שירות בתי הסוהר 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 לרבות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי 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, ולרבות מידע

במחלקת רציפות ביטוח במל"ל.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, 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.

חלק ב' שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

שמות נותני השירותים:

רופאים	1. _____	2. _____
	3. _____	4. _____
מכונים, מעבדות	1. _____	2. _____
	3. _____	4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: _____
שם האם: _____ ת"ז: _____ שם האב: _____ ת"ז: _____

תאריך	עד לחתימה מס' ת"ז	חתימה
		(במקרה של קטין – חתימת האפוטרופוס)

יפוי כח
הריני מייפה את כוחו של נציג _____ לקבל את המידע הרפואי כולל מידע ממשרד הפנים המפורט לעיל.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------