תביעה מס׳ : _____

טופס תביעה לתשלום סכום הביטוח בגין מחלה קשה/שחרור מפרמיה בגין מחלה קשה

1. פרטי המבוטח

שם משפחה ופרטי	ת.ז	כתובת	
מספר זהות	תאריך לידה	מספר טלפון בבית	טלפון נייד
מקצוע/עיסוק אחרון	שכיר/עצמאי/גימלאי	שם קופת חולים	שם רופא משפחה

2. פרטי מקום העבודה

שם מקום העבודה	כתובת מקום העבודה	מספר הטלפון בעבודה
תפקידך בשנתיים האחרונות	פרט עיסוק נוסף(אם קיים)	האם הפסקת עבודתך? אם כן ציין תאריך הפסקת עבודה

האם חזרת לעבודתך ?

לא ☐ כן ☐ אם כן, נא ציין מתי חזרת ולכמה שעות עבודה_____

3. פרטים על המחלה

מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה?	תאריך אבחנת המחלה	השם המדויק של המחלה	שם הרופא המאבחן	תאריך קבלת טיפול ראשון

שמות הרופאים/המוסדות הרפואיים שאבחנו ו/או טיפלו בך בקשר למחלה הנ״ל וכתובתם

שם : _____ כתובת : _____טלפון :_____

שם : _____ כתובת : _____טלפון :_____

שם : _____ כתובת : _____טלפון :_____

שם : _____ כתובת : _____טלפון :_____

4. פרטים נוספים

שם קופ״ח בה אתה חבר : _____ שם הסניף : _____

שם רופא משפחה וכתובתו :_____

האם אושפזת /הינך מאושפז כעת בשל המחלה ? אם כן פרט ממתי והיכן :

_____

האם נותחת או שהינך עומד להיות מנותח אם כן מתי והיכן ומהו הניתוח : _____

_____

_____

האם הינך מבוטח בכיסוי מחלות קשות בחברת ביטוח אחרת ? אם כן נא פרט באילו חברות ומה גובה הכיסוי.

_____

האם פנית או הינך מתכוון בתביעה למוסד לביטוח לאומי ו/או לגורם אחר (כגון משרד הביטחון) בגין מחלתך? אם כן, נא פרט לאיזה גורם והאם ישנן קביעות לגבי תביעתך.

_____

<u>לטופס יש לצרף את המסמכים הבאים :</u>

1) ויתור סודיות רפואית-מצ״ב
2) מסמכים רפואיים המתעדים את האבחנה הראשונה כולל תוצאות ביופסיות /בדיקות אחרות
3) סיכומי אשפוז ותעודות חדר מיון המתעדים את אבחון המחלה ופרטי הטיפול בה.
4) אישורים ופרוטוקולים מלאים מהמוסד לביטוח לאומי על אובדן כושר עבודה /נכות כללית.
5) פרטי מס״ב +צילום המחאה בהם יעשה שימוש אם וכאשר תאושר התביעה לתשלום. ** (לא דרוש בתביעת שחרור מתשלום פרמיה עקב מחלה קשה)
6) **אופציונאלי**-במקרה של תביעה על פי פוליסה קולקטיבית של בנק ישראל -יש להעביר אישור הבנק על כך שהמבוטח לא קיבל בעבר תגמולי ביטוח בגין מחלה קשה.

אין ברשימה המצ״ב כדי למנוע מהחברה להרחיב בירור חבותה ולדרוש לקבל לידיה אסמכתאות נוספות.

ויתור על סודיות רפואית

שם ומשפחה_____ כתובת _____

מס׳ הזהות _____מס׳ אישי בצה״ל _____

שם קופ״ח וכתובת הסניף : _____

1. אני החתום מטה משחרר בזה כל מוסד,כל רופא,כל מעבדה רפואית, כל מוסד פסיכיאטרי וכל עובדיהם הרפואיים והאחרים מחובת שמירת סודיות רפואית כלפי ״ביטוח ישיר אי.די.איי.- חברה לביטוח בע״מ(שתקרא להלן- ״ביטוח ישיר״).

2. הריני נותן בזה רשות לכל המנויים לעיל - **כולל הוועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי,תשלומים של המוסד לביטוח לאומי וכן מבטחים,משרד הבריאות,לשכת הבריאות המחוזית,שלטונות צה״ל וכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה**-,למסור ל״ביטוח ישיר״ או לבאי- כוחה- כולם ביחד וכל אחד לחוד- את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי בעבר או בהווה.

3. **הריני מאשר לכל חברת ביטוח בה בוטחתי בעבר ו/או שאני מבוטח בה כיום ו/או לכל מוסד אחר ו/או מקום עבודה** להעביר ל״ביטוח ישיר״ כל מידע ו/או מסמך לגבי תביעה ו/או פוליסת ביטוח כנדרש על ידה וכן את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי וכל מחלה שחליתי בה בעבר או בהווה .

4. **הריני מאשר לכל מוסד ו/או מרפאה ו/או רופא שטיפל בי בתחום הנפש** לרבות פסיכולוגים ו/או פסיכיאטרים להעביר ל״ביטוח ישיר״ את כל הפרטים ו/או המסמכים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי הנפשי ועל כל מחלה שחליתי בה בעבר או בהווה לרבות פרטים על טיפול תרופתי שהומלץ לי ו/או שקיבלתי.

5. הריני מצהיר בזה כי לא תהיה לי כל תביעה או כל טענה מכל סוג שהוא כלפי המנויים לעיל בקשר למסירת הפרטים הנ״ל ל״ביטוח ישיר״ או לבאי- כוחה- כולם ביחד וכל אחד לחוד.

6. ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, באי כוחי עפ״י דין וכל מי שיבוא במקומי.

ולראיה באתי היום על החתום:

תאריך _____חתימה _____