

הנחיות להגשת תביעה על פי פוליסה לביטוח חיים במקרה של נכות מתאונה

מבוטח/ת נכבד/ה,

להלן דף הנחיות, הבא להדריך אותך המבוטח, בכל הנוגע למסמכים ולמידע שיש להגיש לחברת הביטוח, על מנת שנוכל לטפל בתביעתך במהירות האפשרית ולשביעות רצונך.

1. טופס ההודעה על תביעה במקרה של נכות מתאונה, כולל את החלקים הבאים:

- חלק א' - כולל את פרטיו האישיים של המבוטח וכן את פרטי מקרה הביטוח.
- חלק ב' - "שאלון לרופא מטפל" ימולא על ידי רופאו המטפל של המבוטח, ובו התייחסות למידע הרפואי על מקרה הביטוח.
- חלק ג' - "טופס בקשת מידע רפואי וויתור סודיות" יחתם על ידי המבוטח ועל-ידי עד לחתימה.
- חלק ד' - פרטי חשבון הבנק של המבוטח, לצורך העברת תשלום תגמולי הביטוח. יש לצרף העתק שיק מבוטל, לשם מניעת טעויות.

2. במקביל למילוי טופס ההודעה על מקרה של נכות מתאונה, יעביר המבוטח לחברה את האישורים הבאים:

- סיכום מחלה מיום האירוע חתום על ידי רופא מקצועי: דו"ח חדר מיון, סיכום אישפוז מבי"ח, אישור רופא מטפל.
- במידה והגשת תביעה למוסד לביטוח לאומי: אישור מהמוסד לביטוח לאומי והעתקי פרוטוקולים מלאים של הועדות הרפואיות שעברת. יש לציין כי אין בהחלטת המוסד לביטוח לאומי בכדי לקבוע את חבותנו בתביעה.
- אישורים ממוסדות ממשלתיים כגון: משטרת ישראל, משרד הבטחון וכדו', המעידים על נסיבות התאונה.
- אישור רופא מומחה המעיד על נכות צמיתה, במידה ומצוי ברשותך.
- אישור על היסטוריה רפואית.
- צילום תעודת זהות כולל הספח.

3. את טופס התביעה והאישורים הנדרשים ניתן לשלוח דרך אמצעי התקשורת הבאים: דואר ישראל ת.ד. 927, תל-אביב 6100802 או באמצעות פקס מס' 03-7608032 או לכתובת המייל: tviotlife@menora.co.il או במסרון על ידי שליחת הספחה 5 לטלפון 050-8085700.

4. ברצוננו להדגיש כי לאחר הגשת המסמכים שצויינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים ומסמכים נוספים לפי הצורך.

5. אנו מודים מראש על שיתוף הפעולה להשגת המידע והמסמכים האמורים לעיל לשם קידום הטיפול בתביעה.

בכל מקרה של בעיה או שאלה, הנך מוזמן לפנות למוקד תביעות ביטוח חיים בטלפון: 03-7107680.

אנו מאחלים לך החלמה מהירה, בריאות טובה ואריכות ימים.

בכבוד רב,

מחלקת תביעות ביטוח חיים
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

5052/1 "אפי" 04.16

תביעת נכות מתאונה בפוליסת ביטוח חיים חלק א' - למילוי על ידי המבוטח

1. פרטים מזהים של המבוטח

מס' פוליסה	שם משפחה ושם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
כתובת	מס' בית	יישוב	מיקוד
מקום עבודה וכתובת	מס' טלפון עבודה	דוא"ל	
מקצוע/עיסוק	פרטי תפקידך בעת הפגיעה		
שם קופת חולים	סניף	שם רופא המשפחה	

2. אופן משלוח הודעות - נודה לבחירתך את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך הבירור בתביעתך:

☐ דואר ישראל	☐ דואר אלקטרוני (מייל מאובטח)
כתובת מייל:	מס' טלפון נייד (חובה לציין לצורך משלוח סיסמה לפתיחת הודעת דוא"ל)

* לתשומת ליבך, במידה ולא בחרת את אופן משלוח הדיוור ההודעות ישלחו באמצעות דואר ישראל.
* בחירתך לאופן משלוח הדיוור תקפה לתביעה זו בלבד.

3. ככל שהינך מיוצג ע"י עורך דין הודעות בדבר מהלך בירור התביעה יישלחו אליו. במידה והינך מבקש לשלוח הודעות אלו באמצעות דוא"ל, אנא הקפד על מילוי כתובת המייל של עורך הדין:

☐ דואר ישראל	☐ דואר אלקטרוני (מייל מאובטח)
כתובת מייל:	מס' טלפון נייד של עו"ד (חובה לציין לצורך משלוח סיסמה לפתיחת הודעת דוא"ל)

4. פרטים רפואיים

תאריך אירוע התאונה/הפגיעה	שעת אירוע התאונה/הפגיעה	כתובת מקום אירוע התאונה/הפגיעה
האם זו תאונת עבודה? ☐ כן ☐ לא	תאר בקצרה נסיבות התאונה:	
האם זו תאונת דרכים? ☐ כן ☐ לא		
האם אושפזת או הינך מאושפז בבית חולים?	האם טיפלו בך רופאים אחרים בקשר למצב בריאותך הנוכחי ובכלל בשנתיים האחרונות?	
☐ כן ☐ לא פרט:	☐ כן ☐ לא פרט:	
שם הרופא וכתובתו	תאריכי הטיפול	

5. ביטוחים נוספים

האם תבעת או הנך עומד לתבוע או זכאי לתבוע חברת ביטוח אחרת או גורם אחר (כגון: משרד הבטחון, ביטוח לאומי וכד') בקשר לתשלום פיצויים בגין פגיעתך הנ"ל? ☐ כן ☐ לא פרט:
שם הגורם הנתבע _____ מס' הפוליסה _____ מס' תביעה _____
פרטים נוספים _____

6. הצהרת המבוטח

אני החתום מטה מצהיר בזה כי תשובותי לעיל הינן מלאות ונכונות: ידוע לי כי על פי הוראות החוק, מסירת מידע כוזב או מטעה עלול לגרום לדחיית תביעתי ו/או שלילת זכותי לפיצוי על פי הפוליסה.

תאריך _____ חתימת המבוטח X _____

7. הריני מאשר בזאת למנורה מבטחים ביטוח (להלן - "מנורה") לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח מר/גב' _____ (להלן - "סוכן הביטוח") את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם תביעה זו ו/או מידע רפואי שנודע למנורה אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי "מנורה" בכל הנוגע להעברת המידעים ו/או המסמכים, לרבות המידע הרפואי לסוכן הביטוח ו/או באמצעותו.

תאריך _____ חתימת המבוטח X _____

חלק ב' - שאלון לרופא המטפל

1. פרטים על מצבו הבריאותי של המבוטח

- א. ציין/י את התקופה בה נמצא המבוטח בטיפולך _____
- ב. האבחנה של המחלה או הפגיעה (ציין/י כל הפרטים הרפואיים): _____
- ג. מועד התחלת המחלה / הפגיעה _____
- ד. האם דרוש ביצוע ניתוח? ☐ לא ☐ כן, פרט/י: _____
- ה. האם בוצעו הבדיקות הרפואיות הבאות:
1. רנטגן ☐ לא ☐ כן
 2. א.ק.ג. ☐ לא ☐ כן
 3. אנדוסקופיה (כגון בדיקת קיבה או מעי הגס) ☐ לא ☐ כן
 4. טומוגרפיה ממוחשבת ☐ לא ☐ כן
 5. גלים על קוליים (אולטרא סאונד) או הדגמת איברים בעזרת איזוטופים ☐ לא ☐ כן
- אם כן מתי, באיזה מוסד ומהן התוצאות? _____

בדיקות אחרות _____

ו. האם אפשר ליחס את המצב הבריאותי הנוכחי לאיזו מחלה או פגיעת גוף קודמת (ציין/י פרטים) _____

ז. מצבו הבריאותי הנוכחי של המבוטח:

- ☐ החלים, פרט/י: _____
- ☐ הורע, פרט/י: _____
- ☐ ללא שינוי, פרט/י: _____

ח. האם נערכה בדיקה כלשהי לגילוי גידול סרטני? ☐ לא ☐ כן

אם כן פרט/י סוג הבדיקה, מועד ותוצאותיה _____

ט. לנשים בלבד (ציין מקסימום פרטים כגון: תוצאות בדיקות, מועד ומקום): _____

האם נבדקה בבדיקה ממוגרפית (בדיקת שדיים) ☐ לא ☐ כן, פרט/י: _____

האם נבדקה בבדיקה פפסמיר (בדיקת צואר הרחם) ☐ לא ☐ כן, פרט/י: _____

2. פרטים על כושר עבודתו של המבוטח

- א. באיזה תאריך נאלץ המבוטח להפסיק עבודתו? _____
- ב. באיזה תאריך חזר או יהיה מסוגל לחזור לעבודתו? _____
- ג. אם המבוטח אינו מסוגל לחזור לעבודתו הקודמת ציין לאיזה סוג עבודה מסוגל לחזור? _____
- ד. ציין פרטים נוספים בקשר לאובדן כושר עבודה, אם ישנם. _____

3. הערות:

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	כתובת	תאריך
	X		

חלק ג' - טופס בקשת מידע רפואי וויתור סודיות

אני החתום מטה: (במקרה של קטין ירשמו פרטיו על-ידי הורה)

שם משפחה ושם פרטי	מס' זהות	שם האב
כתובת	טלפון	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, בתי חולים, בתי חולים פסיכיאטריים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא ההגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או חברות לביטוח ו/או קרנות פנסיה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור למנורה חברה לביטוח או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה (להלן "המבקשים") ואת כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או הנפשי ו/או הגנטי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרפאיהם 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 בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הנפשי 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.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי "המבקשים" ולא תהא לי כלפי כל המוסדות לרבות קופות חולים ו/או למי מרפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, 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. ויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני, את יורשיי, את באי כוחי על-פי דין וכל מי שיבוא במקומי.

במקרה של קטין

שם האב	מס' זהות	שם האם	מס' זהות
--------	----------	--------	----------

חתימת המבוטח:

X	תאריך	שם פרטי ומשפחה	תעודת זהות	חתימת המבוטח (במקרה של קטין חתימת האפוטרופוס)
---	-------	----------------	------------	--

פרטי העד לחתימה (רופא, עו"ד, אחות, פסיכולוג, עובד סוציאלי, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח):

X	תאריך	שם פרטי ומשפחה	עיסוק	תעודת זהות	חתימה+חותמת + מס' רישיון
---	-------	----------------	-------	------------	--------------------------

חלק ד' - פרטי הבנק להעברת תשלום התביעה

יש לצרף העתק שיק מבוטל או אישור על ניהול חשבון בנק.

אני _____ שם המבוטח/ת
מס' זהות _____
כתובת _____ טלפון _____

1. נותן בזאת הוראה בלתי חוזרת שכל תשלום לו אהיה זכאי/ת בהתאם לפוליסה/ות מספר _____
עבור אובדן כושר עבודה יועבר על ידי "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" לחשבון מס' _____ בבנק.
סניף _____ ע"ש _____ כתובת הסניף _____
2. רישום העברת הכספים לחשבוני ב"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" תהווה אסמכתא רשמית לקבלתם על ידי ואין ולא
תהיינה לי כל טענה ו/או תביעה ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" בכל הקשור לכספים.

X
חתימת מבוטח

תאריך