

תאונות אישיות - אמצע החיים / מעיין הזהב

הנחיות להגשת תביעה לפי הכיסויים: שברים, כוויות, אשפוז, נכות צמיתה ומוות והכל כתוצאה מתאונה.

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.

מה עלי לעשות

טרם הגשת תביעה וודא שבידך פוליסת בריאות מסוג אמצע החיים / מעיין הזהב הכוללת כיסוי בגין שברים, כוויות, אשפוז, נכות צמיתה או מוות והכל כתוצאה מתאונה.

אם יש לך כיסוי כאמור והינך מעוניין לתבוע בגין שברים, כוויות, אשפוז, נכות צמיתה או מוות עליך למלא ולהעביר אלינו **טופס תביעה לפיצוי לפי פוליסת אמצע החיים / מעיין הזהב**, כולל טופס ויתור סודיות רפואית וכללית, בצירוף המסמכים המפורטים להלן.

במקרה של תביעה לפי הכיסוי **אובדן כושר עבודה/נכות תעסוקתית**, יש למלא טופס "תאונות אישיות - הודעה על אובדן כושר עבודה בגין תאונה או מחלה / תביעה לפי נספח פיצוי יומי בגין נכות תעסוקתית מתאונה".
במקרה של תביעה להחזר הוצאות רפואיות יש למלא טופס תביעה להחזר הוצאות/פיצוי.
במקרה של תביעה לניתוח אורתופדי/פלסטי יש למלא טופס תביעה טופס תביעה לפיצוי/שיפוי על ניתוח.
במקרה של תביעה לתשלום ע"פ פרק הסיעוד יש למלא טופס תביעת סיעוד.

נבקשך להעביר את הטופס בצירוף המסמכים המבוקשים באחת מהדרכים הבאות אל:

הראל חברה לביטוח, אגף תביעות ביטוח חיים, סיעוד ותאונות אישיות

דרך אתר האינטרנט שלנו: www.harel-ins.co.il במידע האישי - "הראל שלי".

בדואר אלקטרוני: tvioths@harel-ins.co.il

בפקס: 03-7348172

במסרון (הודעת sms) למספר: 052-3237169

בדואר ישראל: בית הראל, רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1951 רמת-גן, מיקוד 5211802

מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים 1-700-702-870 השירות ניתן 24 שעות לאחר שליחת המסמכים באמצעים אלקטרוניים.

באם הנך מעוניין שסוכן הביטוח הקבוע בפוליסה יטפל בתביעתך יש למלא את פרטי הסוכן ולחתום במקום המיועד לכך בסעיף - הצהרת המבוטח בטופס התביעה.

מסמכים שיש לצרף

- אישור רפואי (ממרפאה או בית חולים) ממועד התאונה - דו"ח טיפול רפואי ראשוני.
- העתק המחאה אישית (מבטולת) או אישור ניהול חשבון בנק ע"ש המבוטח. במקרה שהמבוטח הינו קטין, יש להמציא בנוסף צילום ת.ז של האפוטרופוס/ים לרבות הספח.
- טופס ויתור סודיות רפואית וכללית חתום כנדרש (מהווה חלק מטופס התביעה).

במקרה של תאונת דרכים יש לצרף גם:

- אישור משטרה.

במקרה של שבר יש לצרף גם:

- פענוח של צילום רנטגן, C.T או MRI ומכתב מרופא אורתופד.

במקרה של כוויות יש לצרף גם:

- מכתב מרופא כירורג או פלסטיקאי בקשר לדרגת הכוויה והיקפה.

במקרה של אשפוז בבית חולים יש לצרף גם:

- סיכום שחרור מבית חולים.

במקרה של נכות צמיתה יש לצרף גם:

- יש להעביר פרוטוקול מלא מהמוסד לביטוח הלאומי ו/או חוות דעת פרטית בדבר אחוזי נכות הצמיתה עקב תאונה.

במקרה של מוות מתאונה יש לצרף גם:

- תעודת פטירה ואסמכתאות רפואיות בדבר נסיבות הפטירה. במידה ולא צוינו מוטבים: צו ירושה או צו קיום צוואה בצירוף הצוואה וכן צילום ת.ז. של המוטבים/יורשים חוקיים.

מה יקרה בהמשך

לאחר קבלת הטופס והמסמכים שהתבקשו תבחן על ידינו זכאותך לכיסוי ביטוחי, בכפוף לתנאי הפוליסה והגדרותיה.

אם הכל ברור ותקין

נאשר זכאותך ונשלם פיצוי חד פעמי וישלח אליך מכתב מפורט.



אם תידרשנה הבהרות כלשהן

יתכן ותידרש להמציא לחברה תיעוד נוסף מכל סוג שהוא.
במקרים מסויימים תידרש להיבדק על ידי רופאים/מקצועים/מטעם החברה לצורך בחינת חבותה בתביעה.
במקרים אלה תישלח לך הודעה/בקשה בכתב.

אם יתברר שאינך זכאי לפיצוי על פי הפוליסה

תישלח אליך הודעה עם פירוט הסיבה בגינה אינך זכאי לפיצוי, לאחר שיהיו בידינו מלוא המסמכים והפרטים הנדרשים לבירור החבות.

פסקת התיישנות

בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח והפוליסה שברשותך, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה תקופה בת שלוש שנים, המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח ואם עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

במידה ומדובר בתביעת קטין, חישוב תקופת ההתיישנות לא יבוא במניין הזמן שבו עדיין לא מלאו לתבוע שמונה עשר שנה.
ככלל, הגשת התביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

לתשומת ליבך

אין בהגשת טופס התביעה כדי להאריך את תקופת ההתיישנות הקבועה בחוק.
מדיניות הפרטיות של קבוצת הראל זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה.

טופס תביעה לפיצוי

לפי פוליסת אמצע החיים / מעיין הזהב

לפי הכיסויים: שברים, כוויות, אשפוז, נכות צמיתה, מוות והכל כתוצאה מתאונה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
הקפד למלא הטופס באופן מדויק ומלא.


נבקשך להעביר אלינו טופס זה בצירוף המסמכים המבוקשים אל הראל חברה לביטוח, אגף תביעות ביטוח חיים, סיעוד ותאונות אישיות:
 דרך אתר האינטרנט שלנו: www.harel-ins.co.il במידע האישי - "הראל שלי".
 בדואר אלקטרוני: tvioths@harel-ins.co.il
 פקס: 03-7348172
 מסרון (הודעת SMS) למספר: 052-3237169
 דואר ישראל: בית הראל, רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1951 רמת-גן, מיקוד 5211802

פוליסות המבוטח

(1)	(2)	(3)
-----	-----	-----

א פרטי המבוטח

שם משפחה		שם פרטי		מס' ת. זהות	
כתובת		טלפון בבית		טלפון נייד	
תאריך לידה		מקצוע/משלח יד		דואר אלקטרוני	
שם רופא משפחה		קופת חולים		Email	

באפשרותך לבחור את אופן ההודעה בדבר מהלך ובירור התביעה: דואר דואר אלקטרוני (דוא"ל)
 פרטים האישיים הנזכרים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם.
 הנני מאשר לעדכן את פרטי האישיים בכל מוצרי הביטוח והחיסכון ארך הטווח שלי בקבוצת הראל ולעשות להם שימוש עתידי במסגרת מוצרים אלו. מאשר/ת לא מאשר/ת
 מצ"ב העתק ת.ז. הכוללת פרטי כתובתי המעודכנת (כולל הספח)
 לידיעה - במידה ולא אאשר עדכון הפרטים ו/או לא אצרף העתק ת.ז. תעשה הראל שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנוכחית.
 תאריך:
 חתימת המבוטח: 

לידיעה - במידה ולא אאשר עדכון הפרטים ו/או לא אצרף העתק ת.ז. תעשה הראל שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנוכחית.
 לידיעתך, לצורך ייעול ושיפור השירות הניתן לך על ידי "הראל", המידע, הדיוורים והמסמכים, אשר ישלחו אליך מחברת "הראל", יופיעו גם במסגרת ה"איזור האישי" שלך שבאתר החברה.

ב תביעה בגין

שברים כוויה אשפוז נכות צמיתה מוות (הכל מתאונה)

ג פרטים על התאונה

1. תאריך קרות התאונה:

2. תאר את פרטי המקרה:

3. האם זו תאונת עבודה? כן לא

4. האם זו תאונת דרכים? כן לא היכן מטופלת תביעה לפי פלט"ד?

ד

האם אושפזת בבי"ח בעקבות התאונה? כן לא

שם בית החולים:

תאריכי אשפוז:



ה להלן פירוט האישורים ו/או המסמכים הנחוצים לצורך הטיפול בתביעה אותם יש לצרף לטופס זה

- אישור רפואי (ממרפאה או בית חולים) ממועד התאונה - דו"ח טיפול רפואי ראשוני.
- במקרה של תאונת דרכים - אישור משטרה.
- העתק המחאה אישית (מבוטלת) או אישור ניהול חשבון בנק ע"ש המבוטח. במקרה שהמבוטח הינו קטין, יש להמציא בנוסף צילום ת.ז. של האפוטרופוס/ים, לרבות הספח.
- טופס ויתור סודיות רפואית וכללית חתום כנדרש.
- במקרה של שבר - פענוח של צילום רנטגן, C.T. או MRI ומכתב מרופא אורתופד.
- במקרה של כוויות - מכתב מרופא כירורג או פלסטיקאי בקשר לדרגת הכוויה והיקפה.
- במקרה של אשפוז בבי"ח - סיכום שחרור מבי"ח.
- במקרה של נכות צמיתה - יש להעביר פרוטוקול מלא מהמוסד לביטוח הלאומי ו/או חוות דעת פרטית בדבר אחוזי נכות הצמיתה עקב תאונה
- במקרה של מוות מתאונה - תעודת פטירה ואסמכתאות רפואיות בדבר נסיבות הפטירה.
- במידה ולא צוינו מוטבים: צו ירושה או צו קיום צוואה בצירוף הצוואה וכן צילום ת.ז. של המוטבים/יורשים חוקיים.

ה הצהרת המבוטח

אני הח"מ (המבוטח) מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי מהחברה דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.

אני הח"מ (המבוטח) מבקש לאור כל האמור והמסמכים המצורפים לשלם לי פיצוי בהתאם לתנאי הפוליסה/ות לעיל.

.....

מקום תאריך חתימה

ה פרטי חשבון בנק ע"ש המבוטח

במידה ותאושר תביעתך יבוצע תשלום הפיצוי החודשי ישירות בהפקדה לחשבון הבנק שלך. לשם כך נא ציין את פרטי חשבון הבנק לתשלום.

יש לצרף צילום המחאה אישית או אישור ניהול חשבון בנק על שם המבוטח לזיוא הפרטים.

.....

שם הבנק שם/כתובת הסניף מספר חשבון

ה מינוי הסוכן לטיפול בתביעה

הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה מר/גב' לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה, לרבות פירוט הפוליסות שבהן אני מבוטח בהראל שאינן בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שאני מייפה את כוחו בהסכמתי זו, הינו הסוכן המטפל, ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.

.....

תאריך שם + שם משפחה חתימה

לידיעתך, העתקי התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה יועברו בכל מקרה לסוכן הביטוח שלך בפוליסה.

ט הסכמה לשימוש בדואר אלקטרוני (דוא"ל)

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בקבוצת הראל, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שגרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות. לפיכך, אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.

.....

תאריך: שם+שם משפחה: מספר זהות: חתימה:

י הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי מידע זה יתור המידע אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברות בקבוצת הראל (הראל) השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת (בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS)), וכן לצורך טיפול בתביעות, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

.....

מספר זהות: חתימה:

בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il, באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

פרטי מבטח		שם פרטי		מס' ת. זהות		שם האב	
שם משפחה	רחוב	מספר	עיר	מיקוד	טל'		

אני החתום מטה (במקרה של קטין ירשמו פרטיו), נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי (לרבות קופת חולים) ו/או מכון מור ו/או המכון הרפואי לבטיחות בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לשירותי בת הסוהר ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון (על שלוחותיו השונות, ועדות רפואיות ו/או קרן מבטחים), ו/או המרכז לבריאות הנפש, ו/או בית חולים לבריאות הנפש, ו/או מרפאות לבריאות הנפש, ו/או האגודה למען שירותי בריאות הציבור - סיעוד, ו/או למשרד החינוך, ו/או למשרד הפנים, ו/או למנהל האוכלוסין, ו/או לשירות התעסוקה, ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון גנטי ו/או למכון פוריות ו/או רשות המיסים בישראל ו/או לכל אדם אחר כלשהו (להלן - "נותני השירותים"), למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה (להלן: "המבקשים"), את כל המסמכים והפרטים המצויים בידיהם או בידי מי מטעמם, ללא יוצא מהכלל, ובאופן שידרשו המבקשים (בכתב או בעל פה), המתייחסים למצבי הבריאותי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגי בלימודים ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות H.I.V, ו/או כרטיס טיפת חלב, ולרבות טיפולים, בדיקות ואבחנות. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל"הפול" - המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ - למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו, וכן כל מידע בנוגע למצבי הרפואי.

אני משחרר בזה אתכם ו/או כל רופא מרופאים ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיכם ו/או כל אגף של משרד החינוך ו/או השרות הפסיכולוגי ו/או משרד הבריאות, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ו/או הישגי בלימודים ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שלעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם, ולא תהיה לי אליכם ו/או אל מי מטעמכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.

בנוסף, הריני מאשר להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה, להעביר מידע רפואי בענייני לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות וליועץ הביטוחי של קולקטיב הביטוח (במידה וקיים).

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאים ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

פרטים נוספים		שם קופ"ח	
שם המוסד	מס' חבר	סניף	מס' אישי בצה"ל
		שם קופ"ח קודמת	

שמות רופאים, מכונים ומעבדות	
רופאים	מכונים / מעבדות
..... 1 1
..... 2 2
..... 3 3
..... 4 4

חתימת המבוטח/אפוטרופוס		
.....	שם פרטי+שם משפחה*	תאריך
<p>*במקרה של קטין/חסוי יציין את שמם ויחתמו על המסמך כל האפוטרופוסים על פי דין, במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס - יש לצרפו.</p>		

במקרה של חסוי (אפוטרופוס)	
שם האם/אפוטרופוס	שם האב/אפוטרופוס
..... ת.ז. ת.ז.
..... ת.ז. ת.ז.

חתימת עד מהימן**	
שם עד מהימן לחתימה** + חותמת עם מס' רישיון	עד לחתימה ומס' ת.ז.
.....
.....

**עד מהימן - רופא/אחות/עו"ד/עובד סוציאלי/סוכן ביטוח

