

א. פרטים כלליים:

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

ב. פרטים נוספים על המבוטח/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 רופא 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 במבוטח/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 האירוע למוסד לביטוח לאומי? כן לא /או לכל גורם אחר? לא כן אם כן, נא למסור פרטים: _____

אני (המבוטח/ת) _____ מצהיר/ה בזאת כי כל האמור לעיל הוא נכון וכי לא העלמתי דבר הקשור

עם התביעה הנוכחית.

אני המבוטח/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. סיכומי אשפוז במידה וקיימים.
2. אישור רפואי מרופא מומחה מטפל.
3. במקרה גילוי מחלת הסרטן, יש לצרף ממצאי בדיקה פתולוגית.
4. צילום תעודת זהות של המבוטח/ת.
5. טופס ויתור סודיות רפואית חתום (מצורף).

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 הביטחון – השתלשלות פרופיל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין תעודת בירור פרטים על נוסע – כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד העלייה ו/או הקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי – חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי 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 הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או הישגיי 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 הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי 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. 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: _____ ת"ז: _____ שם האב: _____ ת"ז: _____

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

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

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____