

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" ימלא 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.
- צילום תעודת זהות כולל הספח.

3. את טופס התביעה והאישורים הנדרשים ניתן לשלוח לכתובת: רח' אלנבי 115, ת.ד. 927, תל-אביב 6100802 או באמצעות פקס מס' 03-7608032.

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

חלק א' - למילוי על ידי המבוטח

1. פרטים מזהים של המבוטח

מס' פוליסה	שם משפחה ושם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
כתובת רח' מס' בית יישוב מיקוד	מס' טלפון	מס' פקס	
מקום עבודה וכתובת	מס' טלפון עבודה	דוא"ל	
מקצוע/עיסוק	פרטי תפקידך בעת הפגיעה	האם השתנה תפקידך מאז הוצאת הפוליסה? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
שם קופת חולים	סניף	שם רופא המשפחה	

2. פרטים רפואיים

תאריך אירוע התאונה/הפגיעה	שעת אירוע התאונה/הפגיעה	כתובת מקום אירוע התאונה/הפגיעה
האם זו תאונת עבודה? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם זו תאונת דרכים? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	תאר בקצרה נסיבות התאונה:
האם אושפזת או הינך מאושפז בבית חולים? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם טיפלו בך רופאים אחרים בקשר למצב בריאותך הנוכחי ובכלל בשנתיים האחרונות? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
שם הרופא וכתובתו	תאריכי הטיפול	
שם הרופא וכתובתו	תאריכי הטיפול	
שם בית החולים והמחלקה המטפלת		
האם נותחת או הינך עומד בפני ניתוח כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	אם כן, פרט סוג הניתוח, מועד הניתוח ושם בית החולים	
האם אתה סובל או סבלת ממום גופני כלשהו, או מחלה ממושכת? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		

3. ביטוחים נוספים

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

4. 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.

X חתימת המבוטח

תאריך _____

5. 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.

X חתימת המבוטח

תאריך _____

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 לנכות, אם ישנם. _____

3. הערות:

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	כתובת	תאריך
------------	---------------	-------	-------

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, 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 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 הבריאותי 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 מרופאיהם 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 הבריאותי 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 מרופאיהם 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.

וויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני, את ירשתי, את באי כוחי על-פי דין וכל מי שיבוא במקומי.

במקרה של קטין

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

תאריך	שם החותם	תעודת זהות	חתימה
תאריך	עד לחתימה	תעודת זהות	חתימה

חלק ד' - פרטי הבנק להעברת תשלום התביעה

יש לצרף שיק מבוטל/צילום שיק מהחשבון הנ"ל, לשם מניעת טעות במספר החשבון.

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 נכות מתאונה יועבר על ידי "מנורה מבטחים" לחשבון מס' _____ בבנק _____ סניף _____ ע"ש _____ כתובת הסניף _____
2. רישום העברת הכספים לחשבוני ב"מנורה מבטחים" תהווה אסמכתא רשמית לקבלתם על ידי ואין ולא תהיינה לי כל טענה ו/או תביעה ל"מנורה מבטחים" בכל הקשור לכספים.

חתימה

תאריך