

מבלי לפגוע בזכויות ו/או בטענת התיישנות

## טופס תביעה למענך

### ביטוח לתשלום פיצוי חודשי ושחרור מתשלום פרמיה במקרה אובדן היכולת לבצע את עבודות משק הבית

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא את הפרטים בטופס זה. לאחר מכן, יש להעביר את הטופס למילוי ע"י הרופא המטפל.

טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.

יש לצרף לטופס זה מסמכים רפואיים כולל תולדות מחלה, סיכומי מחלה, תוצאות בדיקות רפואיות כולל בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות, או תעודות חדר מיון אם קיימים.

יש לצרף פרטי חשבון הבנק של המבוטח: צילום המחאה אישית או אישור הבנק לגבי פרטי החשבון.

#### חלק א' - למילוי בידי המבוטח

##### 1. פרטי המבוטח:

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות מ"ב	תאריך הלידה	מספר הפוליסה
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר פקס
שם מקום העבודה	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי	0
מקצוע/עיסוק	תאריך אירוע	תאריך הפסקת עבודתך	אם הינך עובד באופן חלקי, ציין מס' שעות עבודתך	
שם קופת החולים	הסניף	הכתובת	תאריך חזרתך לעבודה	
שם הרופא המקצועי המטפל	שם רופא המשפחה המטפל			

##### 2. ביטוחים נוספים:

האם הגשת או כוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי?  לא /  כן, פרט \_\_\_\_\_

האם הגשת או כוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר?  לא /  כן, פרט \_\_\_\_\_

האם יש לך ביטוח אובדן כושר תפקוד בחברת ביטוח אחרת?  לא /  כן, משנת \_\_\_\_\_ בחברת \_\_\_\_\_

##### 3. נסיבות האירוע:

תאר בקצרה את נסיבות האירוע \_\_\_\_\_

### ויתור על סודיות רפואית

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת-חולים ובתי-חולים, עובדיהם, רופאיהם ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לביטוח לאומי על עובדיו ו/או למשרד הביטוח ו/או לצה"ל ו/או לרשויות מקומיות ולמשרדי הממשלה על עובדיהם ו/או לחברות ביטוח אחרות על עובדיהם ו/או לקרנות פנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בי אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאותי ו/או מצוי בידי חומר כזה שהועבר על-ידי צד ג' כלשהו למסור להכשרה חברה לביטוח בע"מ כל מידע רפואי אודותי, מחלות שיש לי בהווה או שהיו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בהווה או קיבלתי בעבר או שאקבל בעתיד ו/או צילומים מדוחות האשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימות הרופאים אצלם ביקרתי.

אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה, כלפי המוסדות ו/או למי מהרופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירותים שלהם.

ניתנה בזאת זכות לחברה לתבוע החזרים ולשובב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכסוי התביעה הנ"ל או חלקה.

תאריך \_\_\_\_\_ שם משפחה ופרטי \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

רופא נכבד, על מנת להקל על הטיפול בפניית המנוסח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן:

**חלק ב' - למילוי בידי הרופא המטפל**

<b>1. פרטי המבוטח:</b>		שם המשפחה		השם הפרטי		מספר הזהות ס' ב'	
<b>2. הטיפול במבוטח:</b>		מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח		מתאריך		המבוטח בטיפולי החל מתאריך	
						שנה   חודש	
<b>3. האבחנה:</b>		האבחנה הנוכחית					
		המבוטח בטיפולי בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך		התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך		הצורך בניסוח/בטיפול נקבע בתאריך	
		האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: תאונת עבודה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> / כן, פרט _____ תאונה אחרת <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> / כן, פרט _____ תאונת דרכים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> / כן, פרט _____					
<b>4. הפעולות התפקודיות:</b>		<b>נא התייחסותך לפעולות התפקודיות הבאות:</b>					
<b>1. יכולת להכין ארוחה בכוחות עצמו.</b>		א. בלתי תלוי לחלוטין. <input type="checkbox"/>		ב. זקוק לעזרה מלאה בהכנת ארוחה אך יכול לשרת עצמו בלבד בהכנת מאכל קל או שתייה. <input type="checkbox"/>		ג. תלות מוחלטת ועזרה מאחרים להכנת ארוחה. <input type="checkbox"/>	
<b>2. יכולת לכבס, לתלות כביסה, לגהץ בכוחות עצמו.</b>		א. בלתי תלוי לחלוטין. <input type="checkbox"/>		ב. מסוגל לבצע כביסה ולתלות כביסה אך לא מסוגל לגהץ. <input type="checkbox"/>		ג. תלות מוחלטת בעזרה מאחרים. <input type="checkbox"/>	
<b>3. יכולת לתחזק את הבית (ניקוי, הדחת כלים, הפעלת כלי עזר) בכוחות עצמו.</b>		א. בלתי תלוי לחלוטין. <input type="checkbox"/>		ב. מוגבל בביצוע עבודות תחזוקת הבית. <input type="checkbox"/>		ג. תלות מוחלטת בעזרה מאחרים. <input type="checkbox"/>	
<b>4. עריכת קניות בכוחות עצמו.</b>		א. בלתי תלוי לחלוטין. <input type="checkbox"/>		ב. מסוגל לערוך רשימת קניות באופן עצמאי, אך זקוק לעזרה מלאה בביצוע כל סוגי הקניות. <input type="checkbox"/>		ג. נעזר בביצוע קניות באופן מוחלט באחרים. <input type="checkbox"/>	
<b>5. יציאה מהבית, נהיגה, שימוש בתחבורה ציבורית בכוחות עצמו.</b>		א. בלתי תלוי באחרים בשימוש בתחבורה פרטית או ציבורית. <input type="checkbox"/>		ב. מסוגל להשתמש בתחבורה ציבורית או פרטית, אך מסתייע במלווה או זקוק לעזרה בכניסה ויציאה למכונית כנוסע. <input type="checkbox"/>		ג. אינו מסוגל להשתמש בתחבורה פרטית או ציבורית. <input type="checkbox"/>	
<b>5. פרטי הרופא:</b>		שם המשפחה		השם הפרטי		ההתמחות	
		רחוב		מספר בית		יישוב	
		מספר פקס		מספר טלפון		מספר טלפון סלולרי	
		0		0		0	
		0		0		0	