

טופס תביעה לתשלום סכום הביטוח בגין מחלה קשה

נבקש להעביר אלינו טופס זה ממולא וחתום על ידך
 והמסמכים המבוקשים בסעיף ה' להלן.

מבלי לפגוע בזכויות ו/או בטענת התיישנות

(3)	(2)	(1)	מספרי פוליסות:
-----	-----	-----	----------------

א. פרטי המבוטח:			
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.הות	
כתובת	טלפון בבית	טלפון נייד	
תאריך לידה	מקצוע/משלח יד	תחביב	
שם רופא משפחה ב-5 השנים האחרונות לפני הצטרפותך לביטוח		קופת חולים	
שם	כתובת	טלפון	
מקום עבודה אחרון			

ב.

1. האם שינית עיסוק/מקצוע מאז הוצאת הפוליסה הנ"ל? כן / לא
 אם כן, נא פרט את המקצוע החדש _____ ומתי התחלת לעבוד בו _____

ג. פרטים על המחלה:

1. באיזה תאריך הופיעו לראשונה סימני המחלה? _____
 2. מתי אובחנה המחלה? _____
 3. מי הם הרופאים או המוסדות הרפואיים שאבחנו ו/או טיפלו בך בקשר עם המחלה הנ"ל? _____

ד. פרטים על ביטוחים נוספים:

האם יש לך ביטוחים נוספים המכסים מחלות? יש לציין פרטים (שם החברה, סוג הפוליסה, סכומי ביטוח או פיצוי)

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

1. סיכומי המחלה מכל האשפוזים שאושפזת, אם אושפזת (כולל האשפוז הראשון).
 2. אישור רפואי מפורט מרופא מטפל לגבי האבחנות הרפואיות מהן הנך סובל וכן הטיפולים והתרופות שהנך מקבל.
 3. יש להמציא תוצאות בדיקות רפואיות לגבי אבחון המחלה, כולל תוצאות בדיקות פתולוגיות, היסטופתולוגיות, בדיקות הדמיה וכו'.

ו. הצהרת המבוטח:

אני הח"מ (המבוטח) _____ מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי תשובתי על השאלות הנ"ל הן נכונות
 ושלמות וכי לא העלמתי מן החברה דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.

תאריך _____ שם משפחה ופרטי _____ מספר זהות _____ חתימה _____

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 הביטחון ולצה"ל ו/או לרשויות מקומיות ולמשרדי הממשלה על עובדיהם ו/או לחברות ביטוח אחרות על עובדיהם ו/או קרנות פנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בי אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאותי ו/או מצוי בידיו 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.

חתימה

מספר זהות

שם משפחה ופרטי

תאריך

בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981 והוראות הפוליסה, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה תקופה בת שלוש שנים, המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח.

מודגש בזאת, כי הגשת תביעה לחברת הביטוח ו/או ניהול התכתבות עם חברת הביטוח אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות, ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.