

בקשה למימוש זכויות - אובדן כושר עבודה

לתשומת לבכם: לצורך טיפול בתביעה נבקש לקבל בנוסף לטופס זה, החתום במקור, את המסמכים הבאים המפורטים בטופס ולהגישם למחלקה למימוש זכויות רח' אחד העם 9 (קומה 3) ת"א 65251.

מסמכים אלו הינם חלק בלתי נפרד מטופס התביעה וללא מסמכים אלו יתעכב בירור זכויותיך!

1. דו"ח מבית חולים על האשפוז הקשור בפגיעה/המחלה-כולל ביקורים חוזרים.
2. כל המסמכים הרפואיים הנוספים שברשותך, אם יש כאלה, בקשר לתביעה זו.
3. דו"ח הרופא המקצועי (לא רופא משפחה) המטפל בך, על מצבך הבריאותי ומועד איבחון.
4. תלושי שכר ב- 12 החודשים שקדמו לארוע, או דו"ח פקיד שומה.
5. צילום שיק מבוטל מחשבון המבוטח או אישור הבנק בדבר מספר חשבון בנק.

נא להשיב על כל השאלות כתנאי לבירור חבותה של החברה:

הודעת המבוטח – התובע

א. פרטים כלליים

מס' פוליסות לביטוח חיים _____ מס' ת.ז. _____
בעל הפוליסה _____ המבוטח _____
כתובת _____ טלפון _____ נייד _____

דואר אלקטרוני (חשוב לזירוז הקשר עם החברה): _____@_____

פרטי הבנק של המבוטח: _____
בנק _____ סניף _____ מס' הסניף _____ ח-ן _____
(חובה לצרף אסמכתא או צילום שיק כתנאי לתשלום)

ב. פרטים נוספים על המבוטח

1. תאריך לידה _____ (חובה לצרף צילום תעודת זהות+ספח)

2. מקצוע: _____

3. האם הינך שכיר / עצמאי (הקף בעיגול)

4. העיסוק בפועל לפני קרות התאונה (מסור תיאור בקצרה לגבי העיסוק)

5. אם שינית את המקצוע / משלח יד / העיסוק מאז הוצאת הפוליסה הנ"ל, מסור כאן פרטים על כך:

6. מהי השכלתך:

7. מהי הכשרתך המקצועית- פרט את הקורסים וההשתלמויות המקצועיות שעברת בציון מקומם ומועדיהם (כולל השרות הצבאי):

8. פרט מה היו עיסוקיך בעבר, כלהלן:

העיסוק	השנים בהם עסקת בו	מעמדך שכיר/עצמאי	שם העסק	הסיבה להפסקת עבודת באותו עיסוק

ג. פרטים על אובדן כושר עבודה

8. האם אובדן כושר העבודה נגרם על ידי (סמן): תאונה מחלה

9. מתי קרתה התאונה או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה?

10. תאר את מהלך, סיבות ותוצאות התאונה/המחלה שביסוד תביעתך:

11. פרט את שמות הרופאים המקצועיים והמוסדות הרפואיים בהם טופלת בקשר לתאונה/מחלה?

12. שם הרופא המטפל (ושם קופ"ח) אשר טיפל בך לפני הצטרפותך לביטוח:

13. האם אתה עדיין מאושפז במוסד כלשהו? כן לא

אם כן פרט: את שם המוסד: _____

14. עד מתי עבדת לאחרונה?

15. באיזה עיסוק?

16. מסור תאור מפורט על עבודתך ערב התאונה/מחלה:

17. מה שמו של המעסיק האחרון אצלו הועסקת?

18. האם אתה מרותק למיטה או לביתך על פי הוראות הרופא? אם כן-עד מתי?

19. האם שבת למקום עבודתך או לעיסוקך מאז קרתה התאונה או מאז תחילת המחלה?
 כן לא

אם כן- האם חזרת באופן מלא או חלקי? באיזה היקף? באיזה תאריך?

20. האם סבלת מבעיות רפואיות קודם לתאונה/מחלה? אלו בעיות רפואיות? מתי סבלת מאותן בעיות רפואיות?

21. האם אתה עוסק עכשיו באיזו עבודה עבור שכר או גמול? אם כן, מהי?

מתי התחלת לעסוק בה _____ מהי ההכנסה החודשית _____

האם אתה משתכר עכשיו כן / לא אם כן – נא צרף תלושי שכר.

22. האם תוכל לשוב לעבודה שעסקת בה טרם קרות התאונה/המחלה?

23. מתי להערכתך תוכל לשוב לעבודתך או לעיסוק אחר כלשהו?

24. האם תוכל, לדעתך, לעבוד בעבודה אחרת או בעיסוק שונה? אם כן, איזה?

25. האם אתה הבעלים או שותף בעסק כלשהו או בחברה כלשהו? כן לא
אם כן, מהו העסק, מה שיעור בעלותך בו ומהם התקבולים שאתה מקבל ממנו?

26. האם יש לך מקורות הכנסה נוספים שלא פורטו לעיל? אנא פרט את כל מקורות ההכנסה מכל מין שיש לך:

27. האם יש לך ביטוחים אחרים/לרבות קרנות פנסיה, המכסים נכות ו/או אובדן כושר עבודה? נא מסור פרטים (שם חברה, מספר פוליסה, סוג הפוליסה, סכומי ביטוח או פיצוי, תקופת הביטוח ועוד):

28. האם שונה הפרופיל הצבאי שלך בעקבות התאונה/המחלה? כן לא
אם כן, ציין הפרופיל ערב התאונה/המחלה, הפרופיל לאחריה וסעיפי הליקוי:

29. האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי בעקבות התאונה/המחלה?
 כן לא ; אם כן- פרט:

30. האם הגשת תביעה לגורם כלשהו (קצין התגמולים, פיצוי נפגעי פעולות איבה, או כל גורם ממשלתי אחר)?

טיפים חשובים בעת מילוי הטופס:

- * וודאו מילוי מדויק ומלא של כל השאלות בטופס וכן צרפו את כל המסמכים הנדרשים (הדבר ימנע עיכוב בטיפול בתביעה ויזרז את זמן המענה של החברה)
- * אין בטופס זה כדי להוות הודאה ו/או הכרה בחבות מצד החברה בזכויותיך.
- * סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, קובע תקופת ההתיישנות למשך שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.
- * טופס זה עניינו תביעה לתגמולי ביטוח בגין כיסויי אכ"ע (אם בכוונתך להגיש תביעה בגין עילה אחרת (למשל: מחלות קשות; נכות מתאונה וכיוצ"ב) אנא צרף טופס תביעה רלוונטי נוסף

הצהרה

אני החתום מטה, מגיש תביעה זו, מצהיר בזה כי תשובתיי לעיל הינן מלאות וכנות וכי לא העלמתי מהחברה דבר בקשר עם עברי הרפואי ו/או בקשר עם התביעה הנוכחית, ידוע לי כי על פי הוראות הדין, העלמת פרטים בהצהרתי זו או מתן תשובות שאינן מלאות וכנות תגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכותי לפיצוי על פי הפוליסה.

תאריך _____ חתימת המבוטח (התובע) _____

חתימת בעל הפוליסה (כאשר הפוליסה אינה בבעלות המבוטח) _____

טופס ויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני הח"מ מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מספר	עיר	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 הבטחון – 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 העליה ו/או הקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי – חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ביי"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל: **כלל חברה לביטוח בע"מ** (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 השגי 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 הבטחון 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.

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.

כתב ויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני, באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

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.

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

שמות נותני השירותים:

רופאים _____ 1. _____ 2. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין:

שם האם: _____ ת"ז: _____ שם האב: _____ ת"ז: _____

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

יפוי כח

הריני מייפה את כוחו של הנציג _____ לקבל עבורנו את המידע הרפואי כולל מידע ממשרד הפנים המפורט לעיל.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------