

טופס תביעה למקרה נכות או אובדן כושר עבודה

- לצורך הטיפול המהיר בתביעה, נא להמציא לנו:
1. דו"ח מבית חולים על האישפוז הקשור בפגיעה/מחלה.
 2. דו"ח מבית חולים לאחר ביקורת/בדיקה חוזרת.
 3. כל הדו"חות הרפואיים הנוספים שברשותך - אם יש כאלה - בקשר לתביעה זו.
 4. דו"ח הרופא המטפל בך, על מצבך, והערכתו לגבי אי כושר לעבוד/ שיעור נכותך.

נא להקפיד כי באישורים הרפואיים, בהם מצויין אי כושרך לעבודה, יהיו רשומים תאריכים. (נא להשיב על כל השאלות שלהלן בפרוטרוט).

הודעת המבוטח – התובע

א. פרטים כלליים

מספרי פוליסה לביטוח חיים _____ מס' ת.ז. _____
 בעל הפוליסה _____ המבוטח _____
 כתובת התובע _____ טלפון _____ - _____ נייד _____ - _____
 אם התובע איננו המבוטח, נא לתת פרטים על התובע _____
 פרטי בנק:בנק _____ סניף _____ מס' הסניף _____ ח-ן _____

ב. פרטים נוספים על המבוטח

1. תאריך לידה _____ (אם הגיל לא אושר בפוליסה, יש לצרף צילום תעודת זהות)
2. מקצוע/משלח יד _____
3. העיסוק לפני קרות התאונה/מחלה (מסור תיאור בקצרה לגבי העיסוק)

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

5. מהי השכלתך – פרט את בתי הספר ומוסדות אחרים להשכלה שבהם למדת:

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

7. מה היו עיסוקיך בעבר- ציין לגבי כל עיסוק:
 א. האם היית עצמאי/שכיר _____
 ב. שם העסק שהיה בבעלותך/שם העסק שהשתתפת בניהולו/ שמות המעבידים:

ג. משך הזמן שעבדת בכל מקום עבודה:

ד. הסיבות להפסקת העבודה:

ג. פרטים על הנכות / אובדן כושר עבודה

8. האם הנכות / אובדן כושר העבודה נגרמו על ידי תאונה או מחלה ?

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

10. פרטים על מהלך , סיבות ותוצאות התאונה / המחלה :

11. מהם הרופאים או המוסדות הרפואיים שטיפלו בך בקשר לנכות/מחלה ?

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

13. האם אתה עדיין מאושפז בבית חולים/בית החלמה ? אם כן, תן פרטים :

14. עד מתי עבדת לאחרונה בעבודתך הרגילה ? אצל איזה מעביד ?

15. מסור תאור מפורט על עבודתך ערב הנכות / מחלה:

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

17. האם שבת למקום עבודתך או לעיסוקך מאז קרתה התאונה או מאז תחילת המחלה, באופן מלא או חלקי ? אם כן – מתי זה היה ?

18. האם אתה מוגבל לעבודה כלשהי ? אם כן, איזה סוג עבודה ?

19. האם אתה עוסק עכשיו באיזו עבודה עבור שכר או גמול? _____
אם כן מהי? _____
מתי התחלת לעסוק בו _____ מה ההכנסה החודשית? _____ ש"ח

20. האם תוכל לפי דעתך, לשוב לעבודתך שעסקת בה טרם קרות המחלה / התאונה?
אם לא, מדוע לא?

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

22. האם אתה חושב שהעבודה האחרת או העיסוק השונה (לפי שאלה 19) אינם מתאימים
לך? אם כן, מדוע?

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

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

25. אם יש לך ביטוחים אחרים המכסים נכות מתאונה ו/או מחלה, מסור פרטים (שם חברה,
מספר הפוליסה, סוג הפוליסה, סכומי ביטוח או פיצוי, תקופת הביטוח ועוד):

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

27. האם הגשת תביעה למוסד לביטוח לאומי בעקבות המחלה / התאונה? כן לא
אם כן, מסור פרטים על כך:

אם לא, האם בכוונתך להגיש תביעה כזו?

הצהרה

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

אני מבקש, לאור האמור כאן, לאשר את תביעתי.

תאריך _____ חתימת המבוטח (התובע) _____
חתימת בעל הפוליסה (כאשר הפוליסה אינה בבעלות המבוטח) _____

טופס ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ נותן בזה רשות לכל אדם וגוף, לרבות כל מוסד רפואי כללי או פסיכיאטרי, לכל בית חולים כללי או פסיכיאטרי, כל קופת חולים, כל רופא, כל מעבדה רפואית, כל ועדה רפואית, כל עובד רפואי של משרד הבריאות ו/או לשכת הבריאות המחוזית ו/או כל חברת ביטוח ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או צה"ל ו/או משרד הבטחון ו/או קרן פנסיה ו/או כל גוף, בין ממשלתי ובין אחר, ללא יוצא מן הכלל, למסור לכלל חברה לביטוח בע"מ ו/או לכל אדם שיוסמך לכך ע"י כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבקש") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש, הקשורים ו/או הנוגעים למבוטח, לרבות כל הפרטים על מצב בריאותו ו/או על כל מחלה/ות שחלה בה/ן בעבר והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כח עובד אחר ו/או כל מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ואחרת ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי 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 רופאייהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם.

פרטי המבוטח:

שם פרטי ומשפחה _____ מספר אישי בצה"ל _____
כתובת _____ חבר קופ"ח _____ סניף _____
מס' ת.ז. _____ מס' חבר בקופ"ח _____
רופא/ים _____

קופ"ח – סניפים קודמים

שם הקופה	שם הסניף	מספר חבר	רופא/ים

תאריך _____ חתימה _____

טופס ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ נותן בזה רשות לכל אדם וגוף, לרבות כל מוסד רפואי כללי או פסיכיאטרי, לכל בית חולים כללי או פסיכיאטרי, כל קופת חולים, כל רופא, כל מעבדה רפואית, כל ועדה רפואית, כל עובד רפואי של משרד הבריאות ו/או לשכת הבריאות המחוזית ו/או כל חברת ביטוח ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או צה"ל ו/או משרד הביטחון ו/או קרן פנסיה ו/או כל גוף, בין ממשלתי ובין אחר, ללא יוצא מן הכלל, למסור לכלל חברה לביטוח בע"מ ו/או לכל אדם שיוסמך לכך ע"י כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבקש") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש, הקשורים ו/או הנוגעים למבוטח, לרבות כל הפרטים על מצב בריאותו ו/או על כל מחלה/ות שחלה בהן בעבר והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד אחר ו/או כל מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ואחרת ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל, כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי ו/או 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 שלהם.

פרטי המבוטח:
שם פרטי ומשפחה _____ מספר אישי בצה"ל _____
כתובת _____ חבר קופ"ת _____ סניף _____
מס' ת.ז. _____ מס' חבר בקופ"ת _____
רופא/ים _____

קופ"ח – סניפים קודמים

שם הקופה	שם הסניף	מספר חבר	רופא/ים

תאריך _____ חתימה _____

עד לחתימה _____