

תאריך: _____

טופס תביעת סיעוד למבוטחי לאומית שירותי בריאות חלק א'

יש לסמן בעיגול את הגורם הממלא את טופס התביעה: מבוטח / בן או בת זוג של מבוטח / הורה של מבוטח (במקרה של קטין) / עו"ד

א. פרטי המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	
מקום מגורים: ☐ בית המבוטח: כתובת מלאה (ישוב, מס' בית, מיקוד, ת.ד.)			
מוסד סיעודי/בית אבות: ☐			
שם המוסד טלפון המוסד			
כתובת המוסד			
סניף קופת חולים		רופא משפחה מטפל	שם הרופא המקצועי / מכון מטפל

ב. פרטי איש קשר לצורך טיפול בתביעה זו (במקרה בו המבוטח אינו מנהל את תביעתו)			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	הקרבה למבוטח
כתובת: רח' מס' בית מס' דירה כניסה עיר מיקוד ת.ד.			
מס' טלפון בבית		טלפון נייד	כתובת דוא"ל
חתימת המבוטח המאשר מינוי איש קשר		תאריך	

ג. אופן משלוח הודעות - נודה לבחירתך את אופן ההתקשרות			
☐ דואר אלקטרוני (מאובטח) ☐ דואר ישראל ☐ מסרון (SMS)			
כתובת דוא"ל		מס' טלפון נייד (חובה לציין לצורך משלוח סיסמה לפתיחת הודעת דוא"ל)	
אני מעוניין כי כתובת דוא"ל זו תשמש גם בתביעות עתידיות ☐ כן ☐ לא			
לתשומת ליבך, במידה ולא בחרת את אופן משלוח הודעות ישלחו באמצעות כתובת דואר ישראל כפי שמעודכנת בחברתנו.			
ככל שהינך מיוצג ע"י עורך דין, הודעות בדבר מהלך בירור התביעה יישלחו אליו. במידה והינך מבקש לשלוח הודעות אלו באמצעות דוא"ל, אנא הקפד על מילוי כתובת הדוא"ל של עורך הדין:			
שם העו"ד _____ ☐ כתובת משרד עו"ד ☐ דואר אלקטרוני (מאובטח)			
כתובת דוא"ל		מס' טלפון נייד של עו"ד (חובה לציין לצורך משלוח סיסמה לפתיחת הודעת דוא"ל)	
כתובת: רח' מס' בית מס' דירה כניסה עיר מיקוד ת.ד.			

ד. פרטי התביעה

פרטי האירוע:

○ מחלה ○ תאונה תאריך קרות התאונה: _____
האם יש לך זכות לתביעה בגין התאונה/מחלה מחברת ביטוח אחרת? אם כן, ציין את שם החברה: _____
1. אנה פרט השתלשלות מפורטת בציון תאריכי טיפול/אשפוז: _____

2. האם אושפזת או הנך מאושפז? ○ לא / ○ כן
אם כן, אנה ציין שמות בתי חולים, מחלקות ומרפאות בתי חולים בהם טופלת וכן צרף סיכומי מחלה: _____

תאריך האשפוז	תאריך שחרור	שם מוסד ומחלקה

אם עברת מקופת חולים אחת לאחרת אנה ציין את כל שמות הרופאים שטיפלו בך בכל קופה:

שם הקופה	שם הרופא	סניף קופת חולים

3. האם טופלת/היית במעקב במרפאת זיכרון? נא לציין במפורט את שמות הרופאים ושם המוסד: _____

4. האם קיימת אבחנה של תשישות נפש? ○ לא / ○ כן

5. האם הינך מוגבל באחת או יותר הפעולות שברשימה:

○ קימה מהמיטה ושכיבה במיטה ○ הלבשה ○ רחצה ○ אכילה ושתייה ○ שליטה על סוגרים
○ נייודות (יכולת תנועה ממקום למקום באופן עצמאי או בעזרת מקל הליכה/הליכון)
הערות: _____

ה. זכאות מחברת ביטוח נוספת / המוסד לביטוח לאומי / גופים אחרים

האם פנית בעבר לקבלת עזרה בגין המצב הסיעודי מהגורמים הבאים?

ביטוח לאומי גמלת סיעוד	○ כן ○ לא	החל מתאריך _____ / _____ / _____ אחוז הגמלה % _____ שם חברת הסיעוד _____
גמלת שירותים מיוחדים	○ כן ○ לא	החל מתאריך _____ / _____ / _____ אחוז הגמלה % _____ שם חברת הסיעוד _____
גמלת ילד נכה	○ כן ○ לא	החל מתאריך _____ / _____ / _____ אחוז הגמלה % _____ שם חברת הסיעוד _____
קצבת נידודות	○ כן ○ לא	החל מתאריך _____ / _____ / _____ אחוז הגמלה % _____ שם חברת הסיעוד _____
משרד הביטחון	○ כן ○ לא	החל מתאריך _____ / _____ / _____ אחוז הגמלה % _____ שם חברת הסיעוד _____
קן לניצולי שואה	○ כן ○ לא	החל מתאריך _____ / _____ / _____ אחוז הגמלה % _____ שם חברת הסיעוד _____
האם יש לך ביטוח סיעודי או ביטוח רפואי אחר?	○ כן ○ לא	שם חברה _____ שם התוכנית _____ תחילת הביטוח _____
האם הוגשה תביעה או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו?	○ כן ○ לא	שם חברה _____ שם התוכנית _____ תחילת הביטוח _____

כללי

הם הינך מעסיק עובד זר?	○ כן ○ לא	החל מתאריך _____ / _____ / _____ אחוז הגמלה % _____ שם חברת הסיעוד _____
האם יש ברשותך אישורים להעסקת עובד זר?	○ כן ○ לא	

ו. פרטי חשבון

תשלום התביעה באמצעות העברה בנקאית בלבד. נא למלא את הפרטים

שם בנק _____ מס' סניף _____

מס' חשבון _____ שם בעל החשבון _____

יש לצרף צילום המחאה מבוטלת או אישור פרטי החשבון מהבנק.

חתימה ☒ X

במידה והמבוטח הינו קטין או קיים צו מינוי אפוטרופוס, יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים/אפוטרופוס שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים בצירוף צילום תעודת זהות של מוטבים.

שם האפוטרופוס _____ סוג אפוטרופוס _____

שם בנק _____ מס' סניף _____

מס' חשבון _____ שם בעל החשבון _____

יש לצרף צילום המחאה מבוטלת או אישור פרטי החשבון מהבנק.

חתימה ☒ X

ז. הצהרת המבוטח או התובע בשמו

ידוע לי כי החברה תפנה אל הבנק שלי, ותאמת מולו את פרטי חשבון הבנק שמסרתי לחברה.

אני מאשר בזאת לבנק למסור לחברה את המידע הדרוש לצורך אימות פרטי חשבון הבנק שלי, ומוותר על חובת הסודיות שהבנק חייב כלפיי לפי כל דין ו/או הסכם לצורך האימות האמור.

האימות יבוצע באמצעות בדיקת הפרטים האישיים שבטופס (שם פרטי, שם משפחה, מס' זיהוי ומס' חשבון) מול הבנק – ויתקבל חיזוי אם הפרטים הנ"ל תואמים את הפרטים הרשומים בבנק או לא. ידוע לי כי הנני רשאי לחזור בי מהסכמה זו, כל עוד טרם בוצע אימות פרטי חשבון הבנק שלי.

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי תשובתי וכל הפרטים אשר מסרתי לעיל ואמסור להלן הינם מלאים ונכונים.

ידוע לי כי על פי הוראות החוק, מסירת מידע כוזב או מטעה עלולה לגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות המבוטח להחזר על פי הפוליסה.

תאריך _____ שם החותם _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה ☒ X

יחס הקרבה של החותם למבוטח (במידה והחותם איננו מבוטח): _____