

טופס תביעת סיעוד

למבוטחי מכבי 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	
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 הדיוור 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 האירוע: _____
האם יש לך זכות לתביעה בגין התאונה/מחלה מחברת ביטוח אחרת? אם כן, ציין את שם החברה: _____
1. אנא פרט השתלשלות מפורטת בציון תאריכי טיפול/ אשפוז: _____

2. האם אושפזת או הנך מאושפז? ○ לא / ○ כן

אם כן, אנא 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 אנא 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 _____
קרן 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. מסלול התביעה

האם הנך שוהה בבית? ☐ כן ☐ לא
 האם הינך מקבל טיפולי בית ו/או משוייך ליחידה לטיפול בית של מכבי? ☐ כן ☐ לא
 אם אינך שוהה בבית, ציין היכן אתה שוהה: ☐ בית אבות / ☐ בית חולים / ☐ במוסד רפואי / ☐ דיור מוגן פרטי המוסד:

כתובת המוסד

טלפון המוסד

שם המוסד

מסלול התביעה: ☐ מוסד / ☐ בית

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 חיווי 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 תשובותי וכל הפרטים אשר מסרתי לעיל ואמסור להלן הינם מלאים ונכונים.
 ידוע לי על פי הוראות החוק, מסירת מידע כוזב או מטעה עלולה לגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות המבוטח להחזר על פי הפוליסה.

חתימה

מס' תעודת זהות

שם החותם

תאריך

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

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