

תאריך: _____

טופס תביעת סיעוד למבוטחי קופת חולים מאוחדת 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 _____			
מס' טלפון נייד	מס' טלפון בבית	דוא"ל	מס' פקס
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 הדיוור ההודעות 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 אושפדת או הנך מאושפד? ○ 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
○ נייחות (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 נידות	○ 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. 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 אפוטרופסות _____

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): _____