

חלק א'

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

א. פרטי המבטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מספר הפוליסה
מקום מגורים: ☐ בית המבטוח: ☐ מוסד סיעודי / בית אבות: ☐ שם המוסד _____ טלפון המוסד _____ כתובת המוסד _____ ☐ אם המבטוח אינו מתגורר בביתו יש לפרט היכן מתגורר _____ ☐ בית חולים/מוסד רפואי			
שם קופת חולים	סניף	רופא משפחה מטפל	שם הרופא המקצועי / מכון מטפל

ב. פרטי איש קשר לצורך טיפול בתביעה זו

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	הקרבה למבטוח
כתובת: רח' _____ מס' בית _____ מס' דירה _____ כניסה _____ עיר _____ מיקוד _____ ת.ד. _____			
מס' טלפון בבית	טלפון נייד	כתובת דוא"ל	

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 הדיור 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:	
☐ דואר אלקטרוני (מאובטח) ☐ דואר ישראל	
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. _____	

אישור למשלוח מסמכים ומידע לסוכן הביטוח

פרטי הסוכן:	שם הסוכן
מס' טלפון נייד של הסוכן	כתובת דוא"ל של הסוכן

הריני מאשר/ת בזאת למנורה מבטחים ביטוח (להלן – "מנורה") לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח (להלן – "סוכן הביטוח") את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם תביעה זו ו/או מידע רפואי שנועד למנורה אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי "מנורה" בכל הנוגע להעברת המידע ו/או המסמכים, לרבות המידע הרפואי לסוכן הביטוח ו/או באמצעותו.

תאריך _____ חתימה: _____ X

ד. פרטי התביעה

פרטי האירוע:

○ מחלה ○ תאונה תאריך קרות המחלה/תאונה _____
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

באם 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 המבוטח תשוש נפש? ○ לא / ○ כן

2. האם המבוטח מסוגל לבצע בכוחות עצמו את הפעולות שברשימה:

○ קימה מהמיטה ושכיבה במיטה ○ הלבשה ○ רחצה ○ אכילה ○ 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 הסייעודי 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 נייודות	○ כן ○ לא	החל מתאריך ____ / ____ / ____ אחוז הגמלה % ____ שם חברת הסיעוד _____
משרד הביטחון	○ כן ○ לא	החל מתאריך ____ / ____ / ____ אחוז הגמלה % ____ שם חברת הסיעוד _____
האם יש לך ביטוח סיעודי במקום העבודה 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 _____

ז. הצהרת המבוטח או התובע בשמו

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.

X

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

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