

## טופס תביעה לפי פוליסת "משפחה בטוחה" לתאונות

לפי הכיסויים: מוות מתאונה/ת"ד, נכות/שברים/כוויות/ אשפוז/מצב סיעודי - מתאונה

נבקש להעביר אלינו טופס זה ממולא וחתום על ידך והמסמכים המבוקשים בסעיף ג' להלן.

### מבלי לפגוע בזכויות ו/או בטענת התיישנות

(3)	(2)	(1)	מספרי פוליסות:
-----	-----	-----	----------------

### א. פרטי המבוטח:

שם פרטי	שם משפחה	מס' ת.זהות	
כתובת	טלפון בבית	טלפון נייד	
תאריך לידה	מקצוע/משלח יד		
שם רופא מקצועי מטפל	שם רופא משפחה מטפל	קופת חולים	

### ב. פרטים על התאונה:

1. מתי ארעה התאונה? היכן ארעה? \_\_\_\_\_
2. תאר את פרטי המקרה? \_\_\_\_\_
3. האם זו תאונת עבודה? כן / לא  /  האם הוגשה/תוגש תביעה למוסד לביטוח לאומי? כן / לא ומתי? \_\_\_\_\_
4. האם זו תאונת דרכים? כן / לא  /  היכן מטופלת תביעה לפי פלט"ד? \_\_\_\_\_
5. האם אושפזת בבי"ח בעקבות התאונה? כן / לא  /  פרט שם בית החולים \_\_\_\_\_

תאריכי אשפוז \_\_\_\_\_

### ג. להלן פירוט האישורים ו/או המסמכים הנחוצים לצורך הטיפול בתביעה אותם יש לצרף לטופס זה:

<ul style="list-style-type: none"> <li>תעודת פטירה מקורית או מאושרת למקור ע"י עו"ד ואסמכתאות רפואיות בדבר נסיבות וסיבת הפטירה.</li> <li>במידה ולא צוינו מוטבים בהצעת הביטוח או בכתב מינוי מוטבים: צו ירושה או צו קיום צוואה.</li> <li>צילומי ת"ז של המוטבים/היררשים החוקיים.</li> <li>אישור רפואי (ממרפאה או בית חולים) ממועד התאונה - דו"ח טיפול רפואי ראשוני.</li> <li>במקרה של תאונת דרכים - אישור משטרה.</li> <li>במקרה של תאונת עבודה/תאונה אחרת- דו"ח/מסקנות חקירה של הגורם החוקר, אם נערכה חקירה.</li> </ul>	1. <b>במקרה פטירה:</b>
מכתב מרופא כירורג או פלסטיקאי בקשר לדרגת הכוויה והיקפה, סיכום אשפוז מבי"ח ואישורים רפואיים על מהלך הטיפול הרפואי כולל תוצאות בדיקות רפואיות/בדיקות הדמיה.	2. <b>במקרה של כוויות:</b>
פענוח של צילום רנטגן ו-C.T או MRI ואישור מרופא אורטופד ו/או רופא מומחה לגבי האבחנה הרפואית, סיכום אשפוז מבי"ח ואישור רפואי מרופא מומחה מטפל לגבי מהלך הטיפול הרפואי.	3. <b>במקרה של שבר תאונתי:</b>
סיכום שחרור מבי"ח וקבלות מקוריות לשיפוי בגין הוצאות נלוות של שכר אח/אחות פרטית/ת, הסעה באמבולנס לבי"ח, שכירת טלויזיה/טלפון.	4. <b>במקרה של אשפוז בבי"ח:</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>אישור רפואי ראשון לגבי הפגיעה מן הגורם הרפואי שהגיש עזרה רפואית ראשונה מייד לאחר התאונה (מחדר מיון או כל גורם רפואי אחר). סיכומי אשפוז מבי"ח, חוו"ד רפואית לגבי אחוזי הנכות עקב התאונה מגורם רשמי שקבע את הנכות. אישור מפורט מרופא מקצועי מטפל לגבי האבחנות הרפואיות כולל תוצאות בדיקות הדמיה.</li> </ul>	<p>5. <b>נכות תמידית מתאונה:</b></p>	<p>5.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>אם האירוע תאונת עבודה:</b> אישור רפואי ראשון לגבי הפגיעה מן הגורם הרפואי שהגיש עזרה רפואית ראשונה מייד לאחר התאונה (מחדר מיון או כל גורם רפואי אחר). פרוטוקול ועדת ביטוח לאומי לקביעת הנכות הצמיתה. אישור מפורט מרופא מקצועי מטפל לגבי האבחנות הרפואיות כולל תוצאות בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה וסיכומי אשפוז מבי"ח.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>אם האירוע הוא תאונת דרכים:</b> אישור רפואי ראשון לגבי הפגיעה מן הגורם הרפואי שהגיש עזרה רפואית ראשונה מייד לאחר התאונה (מחדר מיון או כל גורם רפואי אחר). חוו"ד רפואית רשמית מן הגורם שקבע נכות צמיתה במסגרת הליך משפטי או אחר, אישור מפורט מרופא מקצועי מטפל לגבי האבחנות הרפואיות, כולל תוצאות בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה וסיכומי אשפוז מבי"ח.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>אישור רפואי מרופא מטפל לגבי האבחנות הרפואיות, הטיפולים והתרופות, התייחסות למצב הסיעודי והמגבלות התפקודיות, טופס תפקודי - סיעודי מהגורם הרפואי/המוסד המטפל בו יש לפרט את כל הפעולות היומיומיות בהם נחשב המבוטח כבעל צורך סיעודי, כולל התייחסות נקודתית לקריטריונים הסיעודיים בתנאי הביטוח: לקום/לשכב, להתלבש/להתפשט, להתרחץ, לאכול/לשתות, שליטה על סוגרים, נידות. סיכומי אשפוז.</li> </ul>	<p>6. <b>מצב סיעודי עקב תאונה:</b></p>	<p>6.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>במקרה של תאונת דרכים:</b> גם אישור משטרה על ת"ד.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>במקרה של תאונת עבודה:</b> גם פרוטוקול ועדת ביטוח לאומי לגבי קביעת נכות זמנית/צמיתה.</li> </ul>		

**ד. הצהרת המבוטח:**  
 אני הח"מ (המבוטח) \_\_\_\_\_ מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי מן החברה דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.

תאריך \_\_\_\_\_ שם משפחה ופרטי \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**הערות:**

יתכן וידרשו מסמכים נוספים, במידת הצורך, לשם בירור התביעה.

**ניתור על סודיות רפואית**

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת-חולים ובתי-חולים, עובדיהם, רופאיהם ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לביטוח לאומי על עובדיו ו/או למשרד הביטחון ולצה"ל ו/או לרשויות מקומיות ולמשרדי הממשלה על עובדיהם ו/או לחברות ביטוח אחרות על עובדיהם ו/או קרנות פנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בי אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאותי ו/או מצוי בידיו חומר כזה שהועבר על-ידי צד ג' כלשהו למסור להכשרה חברה לביטוח בע"מ כל מידע רפואי אודותי, מחלות שיש לי בהווה או שהיו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בהווה או קיבלתי בעבר או שאקבל בעתיד ו/או צילומים מדוחות האשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימות הרופאים אצלם ביקרתי. אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה, כלפי המוסדות ו/או למי מהרופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירותים שלהם. יתנה בזאת זכות לחברה לתבוע החזרים ולשובב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכסוי התביעה הנ"ל או חלקה.

תאריך \_\_\_\_\_ שם משפחה ופרטי \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981 והוראות הפוליסה, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה תקופה בת שלוש שנים, המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח. מודגש בזאת, כי הגשת תביעה לחברת הביטוח ו/או ניהול התכתבות עם חברת הביטוח אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות, ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.**