

הודעה על מקרה ביטוח על פי פוליסה קולקטיבית אוניברסיטת תל אביב – מחלות קשות

שם הסוכן: בלה לבון	מס' הסוכן 24701	חותמת דואר התקבל
--------------------	-----------------	------------------

**מבוטח/ת נכבד/ה,**

להלן דף הנחיות, הבא להדריך אותך המבוטח, בכל הנוגע למסמכים ולמידע אותו יש להגיש לחברת הביטוח, וזאת בכדי שנוכל לטפל בתביעתך במהירות האפשרית ולשביעות רצונך.

יחד עם טופס ההודעה על מקרה הביטוח, יש להעביר את המסמכים המקוריים, או העתק נאמן למקור, כמפורט בראשיתו של כל נספח, לחברת הביטוח בהקדם האפשרי.

על מנת להקל עלינו בטיפול בתביעתך, נבקשך להשיב על כל השאלות המופיעות בטופס התביעה.

טופס ההודעה על מקרה הביטוח כולל את החלקים הבאים:

חלק א' – ימולא על ידי המבוטח בכל סוג תביעה. חלק זה כולל פרטים אישיים על המבוטח.

חלק ב' – ימולא על ידי הרופא המטפל בכל סוג תביעה. חלק זה כולל מידע רפואי על מקרה הביטוח.

חלק ג' - ויתור על סודיות רפואית, שייחתם על ידי המבוטח, בכל סוג תביעה.

נספח 1 – ימולא במקרה של תביעה בגין מחלות קשות.

בחלקו הראשון של הנספח, יפורטו האישורים הנדרשים לבירור כל סוג של תביעה.

בכל מקרה של בעיה או שאלה, הנך מוזמן לפנות לצוות תשלומי ביטוח בריאות בטלפונים הבאים: \_\_\_\_\_

מאחלים לך החלמה מהירה, בריאות טובה ואריכות ימים.

לשירותך בכל עת,

אגף בריאות

## חלק א': ימולא על ידי המבוטח

<b>1. פרטים מזהים של המבוטח</b>			
שם המשפחה	שם פרטי	מס' ת"ז	תאריך לידה
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מקצוע / עיסוק	
כתובת e-mail	מספר פקס		
<b>2. פרטים רפואיים</b>			
שם קופת החולים	שם הסניף	שם רופא המשפחה	שם בית החולים המטפל
שמות רופאים מטפלים נוספים:	כתובתם:	תאריכי טיפול:	
1. _____	1. _____	1. _____	
2. _____	2. _____	2. _____	
<p>האם הינך מאושפז כעת בבית חולים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט _____</p> <p>האם נותחת או שאתה עומד בפני ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט _____</p> <p>האם סובל או סבלת ממום גופני כלשהו או ממחלה ממושכת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט _____</p> <p>האם הנך עובד כעת? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט _____</p> <p>האם אתה מסוגל לחזור לעבודה כלשהי? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט _____</p>			
<b>3. האם הגשת בעבר תביעה / הודעה על מקרה ביטוח כלשהו? אם כן, פרט:</b>			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
<b>4. ביטוחים נוספים</b>			
האם תבעת או הנך עומד/ת לתבוע חברת ביטוח אחרת או גורם אחר (קרן פנסיה, משרד הביטחון, ביטוח לאומי וכו') בקשר לתשלום פיצויים בגין פגיעתך הנ"ל? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט _____			
שם הגורם הנתבע	מס' פוליסה	מס' תביעה	פרטים נוספים
שם הגורם הנתבע	מס' פוליסה	מס' תביעה	פרטים נוספים

## חלק ב': למילוי ע"י הרופא המטפל

<b>1. פרטים על מצבו הבריאותי של המבוטח</b>			
א. ציין את התקופה בה נמצא המבוטח בטיפולך: _____			
ב. האבחנה של המחלה או הפגיעה (ציין את כל הפרטים): _____			
ג. האם בוצעו הבדיקות הרפואיות הבאות: רנטגן - <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, א.ק.ג. - <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
בדיקות אחרות: _____			
תוצאות הבדיקות: _____			
ד. מועד התחלת המחלה/ הפגיעה: _____			
ה. האם אפשר לייחס את המצב הבריאותי הנוכחי לאיזו מחלה או פגיעת גוף קודמת (ציין פרטים): _____			
ו. מצבו הבריאותי הנוכחי של המבוטח: _____			
<input type="radio"/> החלים, פרט: _____			
<input type="radio"/> הורע, פרט: _____			
<input type="radio"/> ללא שינוי פרט: _____			
<b>2. הערות</b>			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
תאריך	שם הרופא	כתובתו	חתימת הרופא

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו על ידי הורה)

שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות		שם האב	
רחוב		מס' בית		ישוב		מיקוד	
						טלפון	

**הצהרת ויתור על סודיות רפואית** (במקרה של קטין חתימה של שני ההורים)

נותן/ת בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או חברות לביטוח ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור לאיילון חברה לביטוח או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה (להלן: "המבקשים") ואת כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטרים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי, אצל נותני השירותים שיפורטו להלן, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל, לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

או על המידע המפורט להלן:

פרטים רפואיים			
שם קופת חולים	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שמות נותני השירותים	רופאים	מכונים / מעבדות	
מוסדות רפואיים	.1	.1	_____
בתי חולים,	.2	.2	_____
מרפאות,	.3	.3	_____
רופאים פרטיים וכו'	.4	.4	_____

קופת חולים קודמת		מרפאה קודמת	
במקרה של קטין	שם האב	שם האם	ת.ז.
	ת.ז.		ת.ז.

תאריך	שם החותם	ת.ז.	חתימה
תאריך	עד לחתימה	ת.ז.	חתימה

להלן רשימת האישורים הנדרשים לבירור תביעת מחלות קשות:

1. טופס תביעה מלא על כל סעיפיו (מצ"ב)
2. אישור רופא משפחה לגבי היסטוריה רפואית.
3. אישורים רפואיים כגון: סיכומי אשפוז מבית החולים, תעודות מחלה, טיפולים רפואיים, תוצאות בדיקות, חוות דעת רפואיות וכו', כולל התייחסות למועד גילוי המחלה.
4. דו"ח בדיקה היסטופתולוגית.

1. מועד אבחון המחלה			
המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן		המועד בו פנית לראשונה בהקשר להפרעות אלה	
שם הרופא וכתובתו			
מועד אבחון המחלה	שם הרופא המאבחן	פירוט הבדיקות שבוצעו לאבחון המחלה	

2. פירוט האירוע / המחלה / התאונה / הפגיעה

3. הצהרת המבוטח	
אני החתום מטה, מצהיר בזה כי תשובותיי לעיל הינן מלאות וכנות וכי לא העלמתי מהחברה דבר בקשר עם עברי ו/או בקשר עם התביעה הנוכחית. ידוע לי כי על פי החוק, העלמת פרטים בהצהרתי זו, או מתן תשובות שאינן מלאות וכנות, תגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות לפיצוי על פי הפוליסה.	
תאריך	חתימה