

@ כלכל ביטוח

חברה לביטוח בע"מ
משרד ראשי: בית כלכל ביטוח, דרך פתח-תקווה 48, תל אביב 66184
טל : 03-6387777 פקס : 03-6387676
איינטרנט : www.clalbit.co.il

טופס תביעה למקרה נכות או אובדן כושר עבודה

לצורך הטיפול המהיר בתביעה נא להמציא לנו:

(נא לשים לב למלא את השאלות האלו בפרוטרוט)

1. דו"ח מבית חולים על האשפוז הקשור בפגיעה / מחלה.
 2. דו"ח מבית חולים לאחר ביקורת / בדיקה חוזרת.
 3. כל הדו"חות הרפואיים הנוספים שברשותך - אם יש כאלה - בקשר לתביעה זו.
 4. דו"ח הרופא המטפל בך, על מצבך, והערות לגבי אי כושר לעבוד / שיעור נכותך.
- נא להקפיד כי באישורים הרפואיים בהם מצויין כי כושרך לעבודה יהיו רשומים תאריכים.

הודעת המבוטח - התובע

א. פרטים כלליים

פוליסות לביטוח / חיים מס' _____ מס' ת.ז. _____
בעל הפוליסה _____ המבוטח _____
כתובת התובע _____ טלפון _____
אם התובע איננו המבוטח נא לתת פרטים על התובע _____
פרטי בנק : בנק _____ סניף _____ מס' הסניף _____ ח-ן _____

ב. פרטים נוספים על המבוטח

1. תאריך לידה _____ (אם הגיל לא אושר בפוליסה יש לצרף צילום תעודת הזהות).
2. מקצוע / משלח יד _____

3. העיסוק לפני קרות התאונה (מסור תיאור בקצרה לגבי העיסוק)

4. אם שינית את המקצוע / מלח יד / העיסוק מאז הוצאת הפוליסה הנ"ל, מסור כאן פרטים על כך:

5. מהי השכלתך - פרט את בתי הספר ומוסדות אחרים להשכלה שבהם למדת:

6. מהי הכשרתך המקצועית - פרט את הקורסים וההשתלמויות המקצועיות שעבר, בציון מקומם ומועדיהם (כולל השירות הצבאי)

7. מהו היו עיסוקיך בעבר - ציין לגבי כל עיסוק:

א. האם היית עצמאי / שכיר

ב. שם העסק שהיה בבעלותך / שם העסק שהשתתפות בניהולו / שמות המעבידים:

ג. משך הזמן שעבדת בכל מקום עבודה:

ד. הסיבות להפסקת העבודה:

ג. פרטים על מקרה הנכות / המחלה

8. האם הנכות / אובדן כושר העבודה נגרמו על ידי תאונה או מחלה?

9. מתי קרתה התאונה או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה? _____

10. פרטים על מהלך, סיבות ותוצאות התאונה / המחלה: _____

11. מהם הרופאים או המוסדות הרפואיים שטיפלו בך בקשר לנכות / למחלה? _____

12. שם הרופא המטפל (ושם קופ"ח) אשר טיפל בך לפני הצטרפותך לביטוח: _____

13. האם אתה עדיין מאושפז בבית חולים / בית החלמה? אם כן, תן פרטים: _____

14. עד מתי עבדת לאחרונה בעבודתך הרגילה? אצל איזה מעביד? _____

15. מסור תאור מפורט על עבודתך ערב הנכות / המחלה: _____

16. האם אתה מרותק למיטה או לביתך על פי הוראות הרופא? _____

17. האם שבת למקום עבודתך או לעיסוקך מאז קרתה התאונה או מאז לחית המחלה?
אם כן, מתי זה היה? _____

18. האם אתה מגובל לעבודה כלשהי? אם כן, איזה סוג עבודה? _____

19. האם אתה עוסק עכשיו באיזו עבודה עבור שכר או תגמול? אם כן מהי?
מתי התחלת לעסוק בה? ומה ההכנסה החודשית? _____

20. האם תוכל לפי דעתך לשוב לעבודתך שעסקת בה טרם קרות המחלה / התאונה? אם לא, מדוע לא? _____

21. האם תוכל לדעתך לעבוד בעבודה אחרת או בעיסוק שונה? אם כן, איזה? _____

22. האם אתה חושב שהעבודה האחרת או העיסוק השונה (לפי שעלה 19) איננה מתאימה לך? אם כן, מדוע? _____

23. האם אתה הבעלים או שותף בעסק כלשהו: כן לא

אם כן, מהו העסק, מה שיעור בעלותך בו ומהם התקבולים שאתה מקבל ממנו?

24. האם יש לך מקורות הכנסה נוספים שלא פורטו לעיל? אנה פרט את כל מקורות ההכנסה מכל מין וסוג שיש לך:

25. אם יש לך ביטוחים אחרים המכסים נכות מתאונה ו/או מחלה מסור פרטים (שם החברה, מספר הפוליסה, סוג הפוליסה, סכומי ביטוח או פיצוי, תקופת הביטוח ועוד).

26. האם שונה הפרופיל הצבאי שלך בעקבות המחלה / התאונה? כן לא

אם כן, ציין הפרופיל ערב התאונה / המחלה, הפרופיל לאחריה וסעיפי הליקוי.

27. האם הגשת תביעה למוסד לביטוח לאומי בעקבות המחלה / התאונה? כן לא

אם כן, מסור פרטים על כך: _____

הצהרה

אני החתום מטה, המגיש תביעה זו 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 הוראות החוק, העלמת פרטים בהצהרתי זו או מתן תשובות שאינן מלאות וכנות תגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכותי לפיצוי על פי הפוליסה.

אני מבקש לאור כל האמור כאן לאשר את תביעתי.

תאריך _____ חתימת המבוטח (התובע) _____
חתימת הפוליסה _____
(כאשר הפוליסה אינה בבעלות המבוטח)

ויתור על סודיות רפואית

לכבוד: _____

הנני נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה כולל: קופ"ח מכבי, קופ"ח כללית, קופ"ח לאומית, קופ"ח מאוחדת, ו/או לשלטונות צה"ל, המוסד לביטוח לאומי, מבטחים, משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, לרופא המטפל בי בקביעות וכל רופא אחר, שנמצאתי או שאמצע בטיפולו וכן כל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, וכן לכל חברות הביטוח וכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה, למסור לכלל חברה לביטוח בע"מ להלן: "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי "המבקש" ו/או הבאים בשמו, על מצב בריאותי, כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני בה כיום, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותם והקשורים למצב בריאותי.

אני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות בכל הנוגע למצב בריאותי ומחלותיי כאמור ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור. כן, הנני מייפה את "המבקש" לאסוף מידע שייראה לו חשוב בקשר לבריאותי. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחו החוקיים, וכל מי שיבוא במקומי.

שם פרטי ומשפחה _____ כתובת _____ מס' ת.ז. _____