

טופס הגשת תביעה - הגנה מתאונת AL

מבוטח/ת יקר/ה

לנוחיותך, דף הנחיות למילוי הטופס והמסמכים הדורשים לנו לטיפול בתביעהך.
לאחר מילוי הטופס וצירוף המסמכים הנדרשים, וכן **פירוט פרטי חשבון בנק** לשם ביצוע העברת בנקאית, יש להעביר לחברתנו באחת מהדרכיהם הבאות:

- בדוור: רח' אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 5250606, ת.ד. 10957.
- פקס: 03-7569586.

באמצעות סוכן הביטוח הקבוע בפוליסה (לאחר مليוי וחתימת פיסקת מינוי סוכן המופיעה בהמשך).

במידת הצורך אל תהסס/י לפנות למועד השירות שלנו בטלפון: 001-35-1-800-2001 שיישמה לעזרך וליעז לך.

הכיסויים בפוליסה ופירוט המסמכים הנדרשים לתביעה בגין:

כללי:

1. לטיפול ייעיל בתביעהך אנא הקפד למלא הפרטיו ולהחותם במקומות המצוינים.
בנוסף למסמכים הנדרשים לפי סוג התביעה כמפורט להלן, נבקש לצרף את המסמכים הרפואיים המעדים על התאונת / פגעה / שבר / כויה ונסיבותיהם.
2. מותות מתאונת (הטופס ימולא ע"י היורשים החוקיים).
 - סיכון מחלה מבית החולים, אישורים וחوات דעת רפואיים מטפלים.
 - תעודה פטירה.
3. נכות מלאה או חלקית (צמייתה) עקב תאונה
 - אישורים רפואיים (מקור או העתק מאושר).
 - סיכון מחלה מבית החולים, אישורים וחوات דעת רפואיים מטפלים.
 - אישורים ממוסדות ממשלתיים (משטרת ישראל, משרד הביטחון וכו') המעדים על נסיבות התאונת.
 - אישורים מהמוסד לביטוח לאומי (ענף נגאי עובדה בלבד) על שיעור הנכות הצמיתה ועותקים מהפרוטוקולים של מוסד זה.
4. שבירים עקב תאונה
 - פענוח צילום רנטגן / C. המעיד על קיומו של שבר ומכתב מרופא אורטופד / או מומחה (מקור או העתק מאושר).
 - סיכון מחלה מבית החולים, אישורים וחوات דעת רפואיים מטפלים.
5. כוויות כתוצאה מתאונת
 - אישורים רפואיים (מקור או העתק מאושר) המעדים על היקף הכויה ודרגתה.
 - סיכון מחלה מבית החולים.
6. אשפוז בבית חולים כתוצאה מתאונת
 - סיכון מחלה מבית החולים הכלול את ימי האשפוז.
7. כיסויים נוספים עקב תאונה
(שכר אחות פרטית במהלך אשפוז, פינוי באמבולנס לביה"ח, פינוי אווירி מביה"ח, הוצאות שהייה של קרוב, פיזיותרפיה)
 - קבלות מקוירות.
 - אישורים רפואיים הכוללים המלצה להוצאה / כיסוי.

תביעה - הودעה על מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה

נא למלא את הפרטים בכתב קרי

הנני מעוניין/ת להגיש תביעה בגין (נא סמן X במשבצת המתאימה):

- מוות כתוצאה מתאונה
- נכות מלאה או חלקיים (צמיתה) כתוצאה מתאונה
- שברים עקב תאונה
- כוויות כתוצאה מתאונה
- מצב סיודי כתוצאה מתאונה
- אשפוז בבית חולים כתוצאה מתאונה
- CISCOIM נספים עקב תאונה

שם פוליסה	סוכן	מספר סוכן
-----------	------	-----------

1. פרטיים מזהים של המבוקש

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.
כתובת	רחוב	טלפון

2. פרטיים על מקום העבודה

שם מקום העבודה	כתובת מקום העבודה
טלפון	מספר טלפון

3. פרטיים על האירוע / התאונה / פגיעה

שם הנפגע בגין	תאריך קבלת הטיפול הראשוני	שם הרופא המטפל וכתובתו
כתובת אירוע התאונה / הפגיעה	שעת אירוע התאונה / הפגיעה	תאריך אירוע התאונה / הפגיעה

4. פירוט האירוע / התאונה / הפגיעה (יש לציין בפירוט רב ככל הניתן)

5. פרטיים רפואיים

שם בית החולים המטפל	שם רופא המשפחה	שם הסניף	
תאריכי טיפול	כתובתם	שם הסניף	שם רפואיים נוספים
1. 2.	1. 2.	1. 2.	1. 2.

אם הניך מאושפז בביתחולים? לא כן, פרט
 האם אתה סובל או סבלת ממום גופני כלשהו או ממחלת ממושכת? לא כן, פרט

6. ביטוחים נוספים

אם תבעת או הנך עומד/ת לתבע חברות ביטוח אחרת או גורם אחר (משרד הביטחון, ביטוח לאומי וכו') בקשר לתשלום פיצויים בגין האירוע הנוכחי?

שם הגורם ההנתבע	שם פוליסה	מספר תביעה	פרטים נוספים
לא <input type="checkbox"/> כן, פרט			

7. במקרה של תביעה לפיצוי סיועדי

1. האם אתה מסוגל לקום מהריטה ולשכוב בכוחות עצם? כן לא, פרט
2. האם אתה מסוגל להתלבש ולהתפשט בכוחות עצם? כן לא, פרט
3. האם אתה מסוגל להתרחק/להתגלח בכוחות עצם? כן לא, פרט
4. האם אתה מסוגל לאכל ולשתות בכוחות עצם? כן לא, פרט
5. האם אתה מרותק לכוס גלגים או למיטה? כן לא, פרט
6. האם אתה שולט על הסוגרים? כן לא, פרט

זיכרון ובקשה לתשלום באמצעות העברה בנקאית

אני החתום/ה מטה מצהיר בהזהה כי תשובה זו לעיל הינו מלאות וכנות וכי לא העלמתי מהחברה דבר בקשר עם עברית או בקשר עם התביעה הנוכחיית. ידוע לי כי על פי החוק העלמת פרטיים בהצהרת זו או מתן תשובה שאין מלאות וכנות תגרום לדיחית התביעה או לשילוט דכוט לפיצוי עפ"י הפוליסה.

ักษ ל証明 את תגמול הביטוח אם וככל שהגיעים לי או למי מבני משפטתי

שם הסניף	מספר סוכן	שם הבנק	ע"ש
חתימה	ת.ז.	תאריך	

ミニ סוכן לטיפול בתביעה

אנו ה"מ (המבוקש) ממנה את סוכן/ת הביטוח _____, מר. _____ לשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו לטפל בשמי ועובדו בכל הנוגע לתביעה זו לרבות האמת מסמכים לאילון חברה לביטוח בע"מ וקבלת מסמכים מאילון חברה לביטוח בע"מ.

תאריך	ת.ז.	חתימה

טופס בקשה מידע רפואי ויתור על סודיות

אני החתום מטה:

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות		שם האב
רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד	טלפון

נותן בזאת רשות לכל עובד רפואי / או מוסד רפואי לרבות קופות החוליםים, רופאיין, עובדיין / או מי מטעמן / או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי / או לצבאי הגנה לישראל / או למשרד הביטחון / או לכל עובד בתחום הסוציאלי / או הסיעודי למסור לאילון חברה לביטוח בע"מ / או מי שמציג כתוב הרשאה לפעול מטעם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצוים בידי נוטני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצאה מן הכלל ובאופן ישירדרשו המבקשים על מצבי הבריאותי / או הסוציאלי / או מצבו בתחום הסיעודי / או השיקומי / או כל מחללה שליחתי בה בעבר או שאני חוליה בה בעת.

אני מושחרר בזאת את כל המוסדות לרבות קופות החוליםים / או כל רופא מרופאיםיהם / או כל עובד מעובדייהם / או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתים רפואיים / או פסיכיאטריים / או שיקומיים וככל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובבת שמירה בכל הנוגע למצבי הבריאותי / או השיקומי / או הסוציאלי / או הסיעודי ומתריר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתחה עלשמי אצל נוטני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוויתר על סודיות זו כלפי המבקשים / או מי מטעם / או נוטני השירותים שלהם, ולא תהא לי אל המוסדות לרבות קופות החוליםים / או למי מרופאיםיהם / או עובדייהם / או מי מטעם / או נוטני השירותים המוזכרים לעיל, כל טענה או תביעה מסווג כלשחו בקשר למסירת מידע כאמור. בקשה זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיווי, התשמ"א-1981 והוא חלה על כל מידע רפואי או אחר המופיע במגררי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החוליםים / או רופאיםיהם / או עובדייהם / או מי מטעם / או נוטני השירותים המוזכרים לעיל.

למרות האמור לעיל, לא יכול כתוב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

או על המידע המפורט להלן:

פרטים רפואיים				
שם קופ"ח	סניף	מספר חבר	שם המוסד	נקודות שירותים
רופאים				מכוונים/מעבדות
.1	.1			מוסדות רפואיים
.2	.2			בתים רפואיים,
.3	.3			מרפאות,
.4	.4			רופאים פרטיים וכו'.

מרפאה קודמת	קופ"ח קודמת
חתימה	תאריך

תשלום תגמולי הביטוח בעברת בנקאית

מחלקה תשלום בגין ביטוח-างף הבריאות

תאריך

לכבוד

א.ג.ג.

במסגרת ממוצי החברה לשמור על רמת שירות גבוהה, הרינו להודיעם כי חברותנו מבצעת תשלום מלבוקחות/תובעים באמצעות העברת ישירה לחשבון הבנק.

ההעברה הבנקאית תתבצע רק לאחר בירור הדרישה, קיומה של חבות ביטוחית ולאחר תהליך אישור של התשלום בהתאם לנוהלי החברה.

הודעה על ביצוע העברת תישלח במקביל לביצוע התשלום בפועל.
על מנת שנוכל לבצע את העברת הנ"ל, נבקשכם להעבירו אלינו ע"ג הספק המציג את הפרטים הדורשים.
התשלום בעברת בנקאית הינו בטוח יותר, יזרע את תהליך העברת התשלום אליכם ויחסור זמן יקר שלנו ושלכם.

תודה על שימוש הפעולה !!!

נא להזכיר לפקס 03-7569586

לכבוד
אילון חברת לביטוח בע"מ
מח' הנה"ח
רחוב אבא הל סילבר 12, רמת-גן 5250606

הנדון: אישור פרטיים לצורך העברת בנקאית

בקשה מס' _____ אירוע מיום _____

הרינו מצהיר בזאת כי ברצוני לקבל את התשלום בעברת בנקאית לחשבון שפרטיו להלן ויזכי החשבון ישמש אישור לקבלת תגמולי הביטוח.

שם המוטב (עפ"י הרישום בפוליסה)/בעל ח-ן	מספר טלפון נייד מו. ת.ז./ח.פ.	שם הבנק מו. חשבון	שם הסניף שם מוטב/מורשת חתימה	תאריך
חתימה				