

תביעה - הודעה על מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה

נא למלא את הפרטים בכתב קריא

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

- מוות כתוצאה מתאונה נכות מלאה או חלקית (צמיתה) כתוצאה מתאונה שברים עקב תאונה כוויות כתוצאה מתאונה
 מצב סיעודי כתוצאה מתאונה אשפוז בבית חולים כתוצאה מתאונה כיסויים נוספים עקב תאונה

מספר פוליסה	סוכן	מס' סוכן
-------------	------	----------

1. פרטים מזהים של המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה	מיקצוע / עיסוק
כתובת	רחוב	מס' בית	ישוב	טלפון

2. פרטים על מקום העבודה

שם מקום העבודה	כתובת מקום העבודה	מס' טלפון בעבודה
----------------	-------------------	------------------

3. פרטים על האירוע / תאונה / פגיעה

היכן נפגעת בגופך	תאריך קבלת הטיפול הראשון	שם הרופא המטפל וכתובתו
תאריך אירוע התאונה / הפגיעה	שעת אירוע התאונה / הפגיעה	כתובת מקום אירוע התאונה / פגיעה

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

5. פרטים רפואיים

שם קופת החולים	שם הסניף	שם רופא המשפחה	שם בית החולים המטפל
שמות רופאים מטפלים נוספים	כתובתם	תאריך טיפול	
1.	1.	1.	
2.	2.	2.	

האם הינך מאושפז בבית חולים? לא כן, פרט

האם אתה סובל או סבלת ממום גופני כלשהו או ממחלה ממושכת? לא כן, פרט

6. ביטוחים נוספים

האם תבעת או הנך עומדת/ת לתבוע חברת ביטוח אחרת או גורם אחר (משרד הביטחון, ביטוח לאומי וכו') בקשר לתשלום פיצויים בגין האירוע הנ"ל?

שם הגורם ההנתבע	מס' פוליסה	מס' תביעה	פרטים נוספים
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט			

7. במקרה של תביעה לפיצוי סיעודי

- האם אתה מסוגל לקום מהמיטה ולשכב בכוחות עצמך? כן לא, פרט
- האם אתה מסוגל להתלבש ולהתפשט בכוחות עצמך? כן לא, פרט
- האם אתה מסוגל להתרחץ/להתגלח בכוחות עצמך? כן לא, פרט
- האם אתה מסוגל לאכול ולשתות בכוחות עצמך? כן לא, פרט
- האם אתה מרותק לכסא גלגלים או למיטה? כן לא, פרט
- האם אתה שולט על הסוגרים? כן לא, פרט

הצהרה ובקשה לתשלום באמצעות העברה בנקאית

אני החתום/ה מטה מצהיר בזה כי תשובותי 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 עפ"י הפוליסה.

אבקש להעביר את תגמולי הביטוח אם וכלל שמגיעים לי או למי מבני משפחתי

לבנק	מס' סניף	שם הסניף	מס' חשבון	ע"ש
תאריך	ת.ז.	חתימה		

מינוי סוכן לטיפול בתביעה

אני הח"מ (המבוטח) ממנה את סוכן/ת הביטוח _____, מ.ר. _____ לשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו לטפל בשמי ועבורי בכל הנוגע לתביעה זו לרבות הגשת מסמכים לאיילון חברה לביטוח בע"מ וקבלת מסמכים מאיילון חברה לביטוח בע"מ.

תאריך	ת.ז.	חתימה
-------	------	-------

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

אני החתום מטה:

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

נותן 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 לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור לאיילון חברה לביטוח בע"מ ו/או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי 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 פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי 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 ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירות שלהם, ולא תהא לי אל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים המוזכרים לעיל, 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 המוזכרים לעיל.

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

או על המידע המפורט להלן: _____

פרטים רפואיים			
שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שמות נותני השירותים	רופאים	מכונים/מעבדות	
מוסדות רפואיים בתי חולים, מרפאות, רופאים פרטיים וכו'.	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
קופ"ח קודמת	מרפאה קודמת		
תאריך	חתימה		

תשלום תגמולי הביטוח בהעברה בנקאית

מחלקת תשלומי ביטוח-אגף הבריאות

תאריך _____

לכבוד _____

א.ג.ג.,

במסגרת מאמצי החברה לשמור על רמת שרות גבוהה, הרינו להודיעכם כי חברתנו מבצעת תשלומים ללקוחות/תובעים באמצעות העברה ישירה לחשבון הבנק.

ההעברה הבנקאית תבצע רק לאחר בירור הדרישה. קיומה של חבות ביטוחית ולאחר תהליכי אישור של התשלום בהתאם לנוהלי החברה.

הודעה על ביצוע ההעברה תישלח במקביל לביצוע התשלום בפועל.

על מנת שנוכל לבצע את ההעברה הנ"ל, נבקשכם להעביר אלינו ע"ג הספח המצ"ב את הפרטים הדרושים.

התשלום בהעברה בנקאית הינו בטוח יותר, יזרז את תהליך העברת התשלום אליכם ויחסוך זמן יקר שלנו ושלכם.

תודה על שיתוף הפעולה !!!

נא להחזיר לפקס 03-7569586

לכבוד

איילון חברה לביטוח בע"מ

מח' הנה"ח

רח' אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 5250606

הנדון: אישור פרטים לצורך העברה בנקאית

בקשה מס' _____ אירוע מיום _____

הריני מצהיר בזאת כי ברצוני לקבל את התשלום בהעברה בנקאית לחשבון שפרטיו להלן וזיכוי החשבון ישמש אישור לקבלת תגמולי הביטוח.

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