

## ארגון עובדי עיריית תל-אביב יפו

מבוטח/ת יקר/ה

לנוחיותך, דף הנחיות למילוי הטופס והמסמכים הדרושים לנו לטיפול בתביעתך. לאחר מילוי הטופס וצירוף המסמכים הנדרשים, וכן פירוט פרטי חשבון בנק לשם ביצוע העברה בנקאית, יש להעביר לחברתנו באחת מהדרכים הבאות:

- באמצעות סוכן הביטוח הקבוע בפוליסה (לאחר מילוי וחתימת מינוי סוכן המופיעה בהמשך, דף 2 למטה)
- דוא"ל, [oritcd@howden.co.il](mailto:oritcd@howden.co.il) פקס 03-5480887, טלפון 03-6270744
- באמצעות חברת הביטוח איילון פקס: 03-7569586.
- בדואר: רח' אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 5250606, ת.ד 10957.

### הכיסויים בפוליסה ופירוט המסמכים הנדרשים לתביעה בניגום:

#### כללי

1. לטיפול יעיל בתביעתך אנא הקפד למלא הפרטים ולחתום במקומות המצוינים.
2. בנוסף למסמכים הנדרשים לפי סוג התביעה כמפורט להלן, נבקש לצרף את המסמכים הרפואיים התומכים בדרישתך.
  1. **חוות מתאונה** (הטופס יכולא ע"י היורשים החוקיים).
    - סיכומי מחלה מבית חולים, אישורים וחוות דעת מרופאים מטפלים.
    - תעודת פטירה.
  2. **נכות מלאה או חלקית (צמיתה) עקב תאונה**
    - אישורים רפואיים (מקור או העתק מאושר).
    - סיכומי מחלה מבית חולים, אישורים וחוות דעת מרופאים מטפלים.
    - אישורים ממוסדות מסשלתיים (משטרת ישראל, משרד הביטחון וכו') המעידים על נסיבות התאונה.
    - אישורים מהמוסד לביטוח לאומי (ענף נפגעי עבודה בלבד) על שיעור הנכות הצמיתה ועותקים מהפרוטוקולים של מוסד זה.
3. **אי כושר עבודה כתוצאה מתאונה**
  - אישורים רפואיים.
  - סיכומי מחלה מבי"ח.
  - אישור העדרות ממעסיק.
  - אישורי מחלה מרופא המומחה בתחום הפגיעה.
4. **פיצוי חד פעמי לגילוי מחלה קשה בהתאם לפירוט המחלות בסעיף 18 ובהתאם לחריגים כפי המפורטים בפוליסה**
  - אישור מרופא המומחה התוסך בקיומה של המחלה.
  - מסמכים רפואיים.
5. **הוצאות רפואיות כפי המפורט בסעיף 17.1.2 בכפוף לחריגים המופיעים בפוליסה**
  - מסמכים רפואיים.
  - קבלות מקוריות.
  - מיצוי זכויות בשב"ן וקופ"ח אחרת.
6. **הוצאות לוויה**
  - קבלות מקוריות.

# תביעה - הודעה על מקרה ביטוח

נא למלא את הפרטים בכתב קריא

הגני מעוניין/ת להגיש תביעה בגין (נא סמן X במשבצת המתאימה):  תאונה  מחלה

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

1. פרטים מזהים של המבוטח				
שם משפחה	שם פרטי	ת.ד.	תאריך לידה	מקצוע / עיסוק
כתובת	רחוב	מס' בית	ישוב	טלפון

2. פרטים על מקום העבודה			
שם מקום העבודה	כתובת מקום העבודה	מס' טלפון בעבודה	מס' עובד

3. פרטים על האירוע / תאונה / מחלה		
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 אודות המחלה
מתי התגלתה המחלה (תאריך אבחנה רפואית מתועדת) (התאריך) _____
מהי המחלה ממנה סבלת? _____
באם חלית בעבר באותה מחלה או דומה לה? אם כן ציין _____

6. פרטים רפואיים			
שם קופת החולים	שם הסיניף	שם רופא המשפחה	שם בית החולים המטפל
שמות רופאים מטפלים נוספים	כתובתם	תאריכי טיפול	
1. _____	1. _____	1. _____	
2. _____	2. _____	2. _____	
האם הינך מאושפז בבית חולים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט _____			
האם אתה סובל או סבלת מסום גופני כלשהו או ממחלה מסושכת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט _____			

7. ביטוחים נוספים				
האם תבעת או הנך עומד/ת לתבוע חברת ביטוח אחרת או גורם אחר (משרד הביטחון, ביטוח לאומי וכו') בקשר לתשלום פיצויים בגין האירוע הנ"ל?				
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט	שם הגורם ההנתבע	מס' פוליסה	מס' תביעה	פרטים נוספים

**הצהרה ובקשה לתשלום באמצעות העברה בנקאית**  
 אני החתום/ה מטה מצהיר בזה כי תשובותיי לעיל הינן מלאות 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 וככל שמגיעים לי או למי מבני משפחתי				
לבנק	מס' סיניף	שם הסיניף	מס' חשבון	ע"ש
תאריך	ת.ד.	חתימה		

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

# טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

## חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות		שם האב
רחוב	מס' בית	עיר	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 לכל חב' ביטוח ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד החינוך ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למינהל האוכלוסין ו/או למשרד העלייה והקליטה ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או מכון מור סאר ו/או בי"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ולכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור לאיילון חברה לביטוח בע"מ (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 הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל"אבנר" למסור חומר ו/או מידע המתייחסים לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם 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 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.

הגני 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 שלהן, 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 וויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

## חלק ב'

שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שמות נותני השירותים			
	רופאים	מכונים/מעבדות	
1.	_____	1.	_____
2.	_____	2.	_____
3.	_____	3.	_____
4.	_____	4.	_____

קופ"ח קודמת	מרפאה קודמת
-------------	-------------

שם האם	שם האב	ת.ז.	ת.ז.
במקרה של קטין			

תאריך	עד לחתימה (עו"ד/סוכן ביטוח/עו"ס) (יש לציין מספר רישיון)	חתימה (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
-------	---	--

