

**בקשה למימוש זכויות – גילוי מחלה קשה**

**לצורך טיפול בתביעה נבקש לקבל בנוסף לטופס זה, החתום במקור, את המסמכים הבאים. מסמכים אלו הינם חלק בלתי נפרד מטופס התביעה וללא מסמכים אלו לא נוכל להתחיל בבירור זכויותיך.**

1. צילום תעודת זהות.
  2. כל התיעוד הרפואי (לרבות מידע ראשוני ומידע עדכני) הקיים ברשותך.
  3. טופס ויתור סודיות רפואית.
  4. צילום שיק מבוטל.
  5. חוות דעת מרופא מומחה המתייחסת למחלה הקשה שנתגלתה אצלך.
- נא להשיב על כל השאלות. טופס חסר, ימנע את התחלת הטיפול בבקשה :**

**הודעת המבוטח**

**א. פרטים כלליים**  
מס' פוליסות לביטוח חיים \_\_\_\_\_ ; מס' ת.ז. \_\_\_\_\_  
בעל הפוליסה \_\_\_\_\_ שם המבוטח \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_  
**אי מייל :** \_\_\_\_\_ @  
פרטי הבנק של המבוטח (נא לצרף צילום שיק מבוטל):  
בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ מס' הסניף \_\_\_\_\_ ח-ן \_\_\_\_\_

**ב. פרטים נוספים על המבוטח**

1. תאריך לידה \_\_\_\_\_
2. מקצוע/משלח יד \_\_\_\_\_

**ג. פרטים על המחלה**

3. תאריך גילוי המחלה נשוא הבקשה: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. פרטים על מהלך המחלה: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. מיהם הרופאים או המוסדות הרפואיים שטיפלו בך בקשר עם המחלה?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. שם הרופא המטפל (ושם קופ"ח) אשר טיפל בך לפני הצטרפותך לביטוח: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. האם אתה עדיין מאושפז בבית חולים/ עובר טיפולים רפואיים? אם כן, ציין את הפרטים: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

חתימת המבקש: \_\_\_\_\_

8. האם הינך זכאי לפיצוי מגורם נוסף כלשהו בגין המחלה (גורם ממשלתי, בטחוני או אחר)? אם כן- פרט מהו הגורם ומכוח מה קיימת הזכאות :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. האם הגשת תביעה למוסד לביטוח לאומי בעקבות גילוי המחלה? כן \_\_\_\_\_ לא \_\_\_\_\_  
אם כן, מה היתה קביעת המוסד לביטוח לאומי

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

\* אין באמור בטופס זה כדי להוות הודאה ו/או הכרה בחבות מצד החברה בזכויותיך.

\* על פי סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא שלוש שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח.

#### הצהרה

אני החתום מטה, מגיש בקשה 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. ידוע לי כי על פי סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא שלוש שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח

\_\_\_\_\_ חתימת המבוטח (התובע)

\_\_\_\_\_ תאריך

**טופס ויתור על סודיות רפואית**

**חלק א'**

**אני הח"מ מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)**

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מספר	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 לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון – השתלשלות פרופיל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין תעודת בירור פרטים על נוסע – כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד העליה ו/או הקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי – חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ב"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל: **כלל חברה לביטוח בע"מ** (להלן: "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או השגי בלימודים ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או השגי בלימודים ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים כולל מחלת האיידס 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 משרד הביטחון ו/או מכון מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או משרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הקליטה ו/או שירות בתי הסוהר 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 לרבות 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 ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

כתב ויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני, באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. 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.

**חלק ב'**

שם קופ"ח: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מס' חבר: \_\_\_\_\_ שם המוסד: \_\_\_\_\_

**שמות נותני השירותים:**

רופאים \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

.....  
 מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופ"ח קודמת: \_\_\_\_\_

**במקרה של קטין:**

שם האם: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_ שם האב: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ עד לחתימה מס' ת"ז \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_  
 (במקרה של קטין – חתימת האפוטרופוס)

**יפוי כח**

הריני מייפה את כוחו של הנציג \_\_\_\_\_ לקבל עבורנו את המידע הרפואי כולל מידע ממשרד הפנים המפורט לעיל.

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ושם משפחה \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

חתימת המבקש: \_\_\_\_\_