

טופס תביעה לתשלום תגמולי ביטוח למילוי ע"י הלקוח

מידע כללי

יש למלא את טופס התביעה על כל סעיפיו, לכל מטופל, בצירוף קבלות מקוריות. המצאת טופס זה או קבלתו ע"י החברה לא מהווים הכרה באחריות כלשהי מצד החברה או יותר על סעיף כלשהו של חוזה הביטוח. כל אדם אשר במועד ו/או בכוונת תחילה ינסה להזיק, לרמות ו/או להונות את חברת הביטוח או כל אדם אחר, המגיש הצהרת תביעה הכוללת מידע כוזב, בלתי שלם או מוטעה, עלול להימצא אשם בניסיון להונות חברת ביטוח וצפוי להיתבע למשפט פלילי ולעונשים אזרחיים ממשניים. אנא דאג לצלם את כל המסמכים והקבלות לפני שליחתם אלינו, ולשמור אצלך את ההעתקים.

הוראות:

- אנא מלא את כל הפרטים הרשומים מטה.
- יש לוודא כי המידע בצידו השני של הטופס ימולא על כל סעיפיו, ע"י הרופא המטפל.
- את הטופס המלא על כל סעיפיו, בצירוף מסמכים רפואיים רלבנטיים וקבלות מקוריות, יש לשלוח ל - DavidShield במעטפת השירות המצורפת. אנא הקפד למלא אחר כל הדרוש, על מנת שנוכל לטפל בתביעתך ביעילות ובמהירות המירבית. טופס תביעה חלקי יגרור עיכובים בתשלומי התביעה*.

1. כללי

- א.** מספר פוליסה (ניתן להעתיק את המס' מכרטיס המבוטח) **ב.** שם המבוטח הראשי
- ג.** שם המטופל (שם פרטי ומשפחה)
- ד.** קירבה למבוטח הראשי מבוטח ראשי בן/בת זוג ילד מתחת לגיל 18
- ה.** תאריך לידה / / **ו.** מין נקבה זכר **ז.** כתובת עדכנית למשלוח דואר
- ח.** כיסויי בריאות נוספים - האם למבוטח יש כיסויי בריאות נוספים? לא כן, במידה וכן, אנא פרט:
- שם חברת הביטוח מספר הפוליסה תאריך תוקף הפוליסה / /

2. דיווח על הטיפול הרפואי

- א.** תיאור הנסיבות שהביאו לקבלת הטיפול הרפואי
- ב.** סוג הטיפול הרפואי שהתקבל
- ג.** תאריך קבלת הטיפול / / **ד.** מתי הופיעו הסימפטומים הראשונים למחלה (תאריך מדויק אם ידוע) / /
- ה.** האם אי פעם היית בטיפול עקב מחלה זו? לא כן
- ו.** האם הינך נוטל תרופות לא כן אם כן, אנא פרט
- ז.** הטיפול הרפואי הינו כתוצאה מ מחלה תאונה, אם הטיפול הינו כתוצאה מתאונה אנא מלא את הפרטים הבאים:
- תאריך התאונה / / שעת התאונה מיקום התאונה בעבודה בבית בכלי רכב אחר
- ח.** במידה והתאונה נגרמה ע"י מישהו אחר, אנא צרף הצהרה המפרטת את פרטי התאונה.

3. אופן התשלום

א. זיכוי כספי

- צ'ק במטבע מקומי לכתובתך בחו"ל
- לפקודת כתובת בחו"ל למשלוח
- העברה בנקאית לחשבון בנק מקומי
- שם הבנק מס' חשבון Swift Code
- כתובת הבנק מטבע שם בעל החשבון
- העברה בנקאית לחשבון בנק בישראל
- שם הבנק מס' הבנק מס' סניף מס' חשבון שם בעל החשבון

ב. תשלום ישירות לספק השירות (בי"ח, רופא). נא למלא ולחתום.

הרשאה להעברת זכויות תשלום התביעה
אני החתום מטה, מאשר ומורה לחברת DavidShield להעביר את תשלום תביעתי ישירות לספק השירות.
שם ספק השירות חתימת המבוטח

4. חתימה

*טופס תביעה זה אינו מהווה הכרה בזכותך לכיסוי ואינו מהווה התחייבות לתשלום התביעה הרפואית. התשלום מותנה בקביעת זכותך לתגמולי ביטוח ע"פ תנאי הפוליסה וסייגיה. המבוטח חייב להיות לקוח DavidShield במועד קבלת השירות.

הנני מאשר כי למיטב ידיעתי, הנתונים שנמסרו בטופס התביעה הינם אמיתיים ונכונים.

שם המבוטח מקבל השירות חתימה

International Claim Form / Provider



General Information

Please fill in the information below and attach an itemized bill containing at least the following information:

- Patient name (First, Last)
- Date of service
- Diagnosis and description of service
- Amount charged

1. Patient Information

1A. Policy number (Copy this from the DavidShield identification card):

/ /
1B. Patient name (First, Last) 1C. Patient date of birth (mm/dd/yy) 1D. Patient sex: Male Female

1E. Patient current mailing address (Street, city and country)

2. Provider Information

2A. Provider name (First, Last) 2B. Specialty/Type of Provider

2C. License no. 2D. Address (Street, city and country)

2E. Telephone no.

3. Claim Details

3A. Is patient's condition: Acute Chronic Accident Work related

3B. Place of service: Clinic Hospital inpatient Hospital outpatient E.R. Lab

3C. Date of service / /

3D. Describe the condition for which the patient received treatment, supplies or medication. Please list all symptoms:

3E. Diagnosis (description) _____

3F. ICD9 and / or CPT code if available CPT ICD9 .

3G. Treatment received including prescriptions: _____

3H. Past medical history of current illness: _____

3I. Recommendation for continuing treatment: _____

4. Payment Information

4A. Total charges _____

4B. Payment received from member _____ 4C. Amount due _____

4D. Will you accept direct assignment of benefits? Yes No. If yes, please choose

Check in local currency Direct deposit at a local bank

Bank Name _____ Account # _____ Swift Code _____

Bank Address _____ Currency _____ Name on account _____

5. Signature

Provider Signature _____ Date _____