

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 במודע ו/או ככוונת 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 ממשיים. אנא דאג לצלם את כל המסמכים והקבלות לפני שליחתם אלינו, ולשמור אצלך את ההעתיקים.

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:

שעת התאונה / / מיקום התאונה בעבודה בבית בכלי רכב אחר תאריך התאונה

ח. במידה והתאונה נגרמה ע"י משהו אחר, אנא צרף הצהרה המפרטת את פרטי התאונה.

3. אופן התשלום

א. זיכוי כספי

צ'ק במטבע מקומי לכתובתך בחו"ל. סוג המטבע

לפקודת כתובת בחו"ל למשלוח

העברה בנקאית לחשבון בנק מקומי

שם הבנק מס' חשבון Swift Code

IBAN CLABE Routing # / ABA # / FW

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 (ב"ח, רופא). נא למלא ולחתום.

הרשאה להעברת זכויות תשלום תביעה
אני החתום מטה, מאשר ומורה לחברת DavidShield להעביר את תשלום תביעתי ישירות לספק השירות.

4. חתימה

שם ספק השירות חתימת המבוטח

*טופס תביעה זה אינו מהווה הכרה בזכאותך לכיסוי ואינו מהווה התחייבות לתשלום התביעה הרפואית. התשלום מותנה בקביעת זכאותך 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

