

# 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 ממשיים. 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, בצרוף 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

# Formulaire de demande d'indemnité internationale / Prestataire



## Informations générales

Veillez remplir les informations ci-dessous et joindre une facture détaillée, contenant au moins les informations suivantes:

- Nom du patient (prénom, nom)
- Date des traitements
- Diagnostic et description du traitement
- Somme facturée

### 1. Informations sur le patient

1A. Numéro de la police (à copier de votre carte d'identification DavidShield)

/  /   
1B. Nom du patient (prénom, nom de famille) 1C. Date de naissance du patient (mois, jour, année) 1D. Sexe du patient: M  F

1E. Adresse postale actuelle du patient (rue, ville, pays)

### 2. Informations sur le prestataire

2A. Nom du prestataire (prénom, nom de famille) 2B. Spécialisation / Type de prestataire

2C. permis numéro

2D. Adresse (rue, ville, pays)

2E. Numéro de téléphone

### 3. Informations sur la demande

3A. La condition du patient, est-elle:  aiguë  chronique  accidentelle  liée au travail

3B. Lieu du traitement:  clinique  hôpital, interne  hôpital, externe  urgences  laboratoire

3C. Date du traitement  /  /

3D. Décrivez la condition pour laquelle le patient a reçu le traitement, les fournitures ou les médicaments. Veuillez lister tous les symptômes:

3E. Diagnostic (description):

3F. Code ICD9 et / ou CPT s'il est disponible: CPT      ICD9    .

3G. Traitement reçu y compris les ordonnances:

3H. Antécédents médicaux de la maladie actuelle:

3I. Recommandations pour la poursuite du traitement:

### 4. Informations concernant le paiement

4A. Facturation totale

4B. Paiement reçu du membre  4C. Somme due

4D. Accepterez-vous une cession des prestations directe?  Oui  Non Si oui, veuillez choisir:

Chèque en monnaie locale  Virement direct sur une banque locale

Nom de la banque  Numéro du compte  Identification SWIFT

Adresse de la banque  Monnaie  Nom figurant sur le compte

### 5. Signature

Signature du prestataire  Date