

ביטוח תאונות צלילה DiveSafe

טופס תביעה

1. נא למלא **טופס תביעה נפרד** לכל תביעה ולכל מבטח.
2. אם הנך מגיש/ה **תביעה בעקבות תאונה או פציעה**, יש למלא את הסעיפים הבאים במלואם: א, ב, ה, ו. עבור אובדן של ציוד צלילה לאחר אירוע מכוסה יש למלא בנוסף את סעיף ד.
3. במקרה של **תביעה בגין מוות**, יש למלא את הסעיפים א, ג, ה, ו.
4. אנא שלחו בדוא"ל טופס מלא למייל: **claims@diveassure.com** עם כל החשבונות המקוריים הנוגעים לתביעה. תביעה חייבת להתקבל **תוך 90 יום** ממועד אובדן או תחילת הטיפול הרפואי.

א. פרטי המבוטח הראשי	
שם (משפחה, פרטי):	מספר פוליסה:
מספר תעודת זהות:	
כתובת:	
טלפון:	
אימייל:	
הסמכות צלילה (הסמכה/ארגון מסמך/תאריך הסמכה): 1. 2. 3.	
פרטי התובע (אם שונה מהנ"ל)	
שם (משפחה, פרטי)	
מספר תעודת זהות:	
כתובת:	
טלפון:	
אימייל:	

הצהרה
במהלך בדיקת התביעה ייאסר, יתקבל ויישמר על ידי המבוטחים מידע אישי ולצורך כך, המידע עשוי לעבור גם לגורם צד שלישי ו/או מבטחים משניים. • אני/אנו מסכימים/אנו מסכימים לאיסוף, שמירה ועיבוד של נתונים אישיים עלי/עלינו ועל אנשים אחרים העשויים להיות מבטחים במסגרת החוזה. • אני/אנו מבינים כי כל הנתונים האישיים שאני/אנו מספקים חייבים להיות מדויקים וקיימת הסכמה של המבוטחים האחרים לחשוף את הנתונים האישיים שלהם. • אני/אנו מסכימים/אנו מסכימים לבדיקת הנתונים המוגשים למבטחים, חוקרי תאונות צלילה, גופים אחרים, וסוכנויות אחרות כדי לאמת את המידע שנמסר ומאשרים שימוש במידע כאמור. • אני/אנו מצהירים בזאת כי בהסדר אני/אנו מעבירים את כל זכויות התחלוף והחזרים למבטח ו/או לשמאי ההפסד שלהם. לידיעתך, יש לנו זכויות לתחלוף ו/או החזרים ונעשה שימוש בזכויות אלו בעת הצורך. • אני/אנו מצהירים כי למיטב ידיעתנו המידע שהוגש בטופס זה נכון ומלא.

עותק של מדיניות הבטחת מידע שלנו זמין לפי בקשה.	
חתימת המבוטח:	חתימת המבוטח ראשי (אם שונה):
ב. תיאור המקרה	
תיאור הצליחה (תאריך/ בהרחבה את נסיבות המקרה, כולל מקום התאונה, עומקי צלילה וכו'):	
ציוד הצלילה בקורות התאונה (פרטים/בעלות):	
מועדון הצלילה: שם: כתובת: פרטי איש קשר:	
במקרה של כניסה לתא לחץ יש לצרף את המסמכים הבאים: • צילום יומן הצלילות ב-3 הימים שקדמו לאירוע • תעודות הסמכה • מסמכים רפואיים	
ג. הוצאות רפואיות – אשפוז בבתי חולים	
אופי המחלה/הפציעה:	
תאריך המחלה/הפציעה (DD/MM/YYYY):	זמן בו התרחשה המחלה/הפציעה:
היכן התרחשה המחלה/הפציעה:	
שם רופא המשפחה של התובע (גם אם לא התייעץ אימו/ה):	
כתובת רופא המשפחה של התובע:	
טלפון:	אימייל:
שם וכתובת של רופא מטפל ו/או בית חולים בו התקבל הטיפול:	
אם הטיפול ניתן בבית חולים כאישפוז, אנה אשר/ את התאריכים:	
האם נוצר קשר עם חברת הסיוע בעת מקרה חירום: ☐ כן ☐ לא	
אם לא, מדוע?	
האם המבוטחת בהריון? ☐ כן ☐ לא אם כן, באיזה שבוע להריון נמצאת?	
האם הבוטח/ת סבל/ה ממחלה, האם סבל/ה ממחלה זו קודם לכן? ☐ כן ☐ לא	
אם כן, נא לפרט:	

האם יש למבוטח ביטוח רפואי פרטי: ☐ כן ☐ לא אם כן, אנא ספקי את פרטי שירותי הביטוח כולל שם, כתובת ומספר פוליסה:			
סכום התביעה:			
ד. מוות			
מתי התרחש המוות?			
אנא פרטי כיצד התרחש המוות:			
האם סיבת המוות הייתה כתוצאה של סיבות טבעיות? ☐ כן ☐ לא אם כן, אנא ספקי פרטים:			
סכום התביעה:			
יש לצרף תעודת פטירה שהונפקה על ידי רשות מורשית, כאשר העותק המקורי יוגש ל: claims@diveassure.com			
ה. אובדן ציוד צלילה לאחר אירוע מכוסה			
תאריך אבדה או נזק (DD/MM/YYYY):		שעה:	
אנא ספקי תיאור מפורט של אירוע, כולל מקום האירוע:			
תיאור פריט			
תיאור מלא של פריט 1:			
היכן נרכש:		תאריך הרכישה (DD/MM/YYYY):	
מחיר ששולם:	עלות כעת:	סכום התביעה:	
תיאור מלא של פריט 2:			
היכן נרכש:		תאריך הרכישה (DD/MM/YYYY):	
מחיר ששולם:	עלות כעת:	סכום התביעה:	
מידע נוסף			
יש לספק פרטים על כל פוליסת ביטוח אחרת שיש לכם בין אם הנכם חושבים שהיא עשויה לתרום לאובדן זה או לא, למשל ביטוח משק בית, ביטוח רפואי פרטי, וכו'.			
שם המבוטח:		מספר פוליסה:	
כתובת:			
מסמכים נוספים הנדרשים			
- יש לספק הוכחה לרכישה/לבעלות המקורית, כלומר קבלות, הצהרות בנק או כרטיסי אשראי, תמונות, אריזה, הוראות הפעלה, הערכות שווי, וכו'.			
- שימו לב כי ניכויים עשויים לחול אם לא תוגש הוכחת רכישה ו/או אם בלאי יש.			
- אם פריטים חלופיים כבר נרכשו, אנא שלחו את החשבונית או הקבלה.			

שכום התביעה:	
ה. שיטת החזר	
שיטת התשלום המועדפת עלינו היא אלקטרונית וזאת כדי להבטיח שתקבל/י את התשלום שלך בהקדם האפשרי. אנא העבר החזר ל: ☐ מבוטח ראשי ☐ ספק	
שם בנק:	
כתובת הבנק:	
שם בעל החשבון (מקבל התשלום):	
מספר חשבון:	
ו. הרשאה לשחרור מידע רפואי	
הנני מאשר/ת בזאת לכל רופא או גורם רפואי אחר, בית חולים, ממסד רפואי, שירות רפואי, בית מרקחת, מעסיק, מנהל תוכנית גמלאות וכל סוכנות ממשלתית או מקומית, עותק מלא של כל המידע הרפואי עבור שימוש וחשיפה כמתואר בהרשאה זו. בהמשך לשחרור כל מידע רפואי אחר שברשותך או בשליטתך לאיילון/דייבאשור ו/או עורכי דינן, ישירות או באמצעות סוכן מייצג בפועל מטעמם, כל המידע הרפואי שהם עשויים לבקש, כולל אך לא מוגבל לרשומות רפואיות, דוחות, תרשימים, גרפים, תצלומי רנטגן, צילומים ודוחות מעבדה. הנני מאשר/ת בזאת את פרסום כל המידע הרפואי הנוגע לאבחון וטיפול באלכוהוליזם, שימוש בסמים או בריאות הנפש. בנוסף, הנני מאשר/ת את פרסום כל רשומות החיוב וההצהרות שברשותך או בשליטתך. הנני מאשר/ת גם לאיילון/דייבאשור, נציגיהן או סוכניהן לשחרר מידע שמתקבל על פי הרשאה זו לספקי שירותי בריאות, מבטחים, מבטחי משנה, או מנהלי תביעות, חוקרי תאונות צלילה, וכל סוכנות ממשלתית כפי שהם מוצאים לנכון אך ורק לצורך הערכה וניהול התביעה ומתן הטבות. עוד הנני מבין/נה שמידע עשוי להשתחרר, כדלקמן: לאנשים או ארגונים אחרים המבצעים שירותים עסקיים או משפטיים בקשר לתביעה; כפי שנדרש כדין; - לכל אדם או נציג מורשה כחוק כפי שציינתי; - ככל שאוכל לאשר; או לפי הצורך כדי למנוע או לגלות ביצוע הונאה. "אישור לשחרור מידע רפואי" זה כפוף לביטול בכל עת, למעט במידה וננקטו פעולות מתוך הסתמכות להלן, ואם לא בוטל קודם לכן בכתב, הוא יישאר בתוקף לשנתיים (2) ממועד חתימתו. הנני מסכים/מה כי העתק צילום, עותק בדואר אלקטרוני או פקסימיליה (פקס) של ההרשאה יתקבל ותקף כמקור. הנני מודעת/שאוכל לבקש לקבל עותק של הרשאה זו.	
שם:	תאריך:
חתימה:	
על ידי הקלדת שמי בטופס זה, אני חותם/מת באופן אלקטרוני וחתימה האלקטרונית זו היא המקבילה החוקית לחתימה הידנית שלי, בכתב יד.	

אנא שלחו טופס תביעה מלא ומסמכים תומכים אל: claims@diveassure.com

לכל שאלה בנוגע לתביעתך אנא התקשרו למספר **1-809-457-276**

הצהרת פרטיות

נתונים אישיים נאספים ומוחזקים בהערכת תביעתך בכפוף להצהרת הפרטיות שלנו. עותק של הצהרת פרטיות זו ואופן השימוש בנתונים האישיים שלך זמין לפי בקשה.