

בקשה לפיצוי בגין תאונה במהלך נסיעה לחו"ל

מספר תביעה בחברתנו (במידה ונמסר לך) _____

מספר פוליסת ביטוח נסיעות לחו"ל _____

פרטי הנפגע:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז.: _____
תאריך לידה: _____ / _____ / _____ כתובת: _____
טלפון: _____ טלפון נייד: _____
מקצוע: _____ שם המעסיק וכתובת מקום העבודה: _____

פרטי המקרה:

תאריך התאונה: _____ / _____ / _____ שעת התאונה: _____ : _____ מקום התאונה: _____
כיצד קרתה התאונה (פרט): _____

פרטים של עדי ראייה לתאונה:

שם העד	כתובתו	מס' טלפון ליצירת קשר
_____	_____	_____
_____	_____	_____

במקרה של תאונת דרכים, אנא מלא פרטי הרכב/ים המעורב/ים:

1. סוג הרכב (סמן): פרטי / מסחרי / אוטובוס / אופנוע / טרקטורון / אחר (פרט): _____ יש לצרף אישור משטרה מקומית לתאונת הדרכים
 2. סוג הרכב (סמן): פרטי / מסחרי / אוטובוס / אופנוע / טרקטורון / אחר (פרט): _____
- הנפגע בתאונה (סמן): _____ הולך רגל / נוסע ברכב / נהג ברכב

פרטי הטיפול הרפואי:

שם המוסד הרפואי ומיקומו (מדינה, עיר)	אשפוז מתאריך:	עד תאריך:	סה"כ ימים
בחול	/ /	/ /	/ /
	/ /	/ /	/ /
בארץ	/ /	/ /	/ /
	/ /	/ /	/ /

שם קופת החולים בה הנך מבוטח: _____ שמות הרופאים המטפלים: _____

האם הנך זכאי לפיצויים ממקור אחר? כן / לא פרט: _____

האם נפגעת בעבר? כן / לא פרט (גורם הפגיעה, איזור הפגיעה, חומרה): _____

האם הגשת, או בדעתך להגיש, תביעה אל המוסד לביטוח לאומי? כן / לא

האם התאונה במסגרת קבוצת ספורט / תחרות ספורט? כן / לא
שם הקבוצה: _____ כתובת למשלוח דואר: _____

טלפון: _____ חתימה / חותמת: _____

מסמכים שחובה לצרף (בירור התביעה יחל רק עם קבלת כל המסמכים):

1. טופס ויתור סודיות רפואית שהוא חתום ע"י הנפגע (מצ"ב).
2. אישורים רפואיים, לרבות תעודת חדר מיון, סיכום אשפוז, מוקד רפואי, אישורי מחלה, ואישורי המוסד לביטוח לאומי. יש לצרף אישורים ממוסדות בארץ ובחול.

יודגש בזאת כי אין ברשימה המצ"ב כדי למנוע מהחברה להרחיב בירור חבותה ולדרוש לקבל לידיה אסמכתאות נוספות לשם בירור ויישוב התביעה.

הנני מצהיר בזאת כי הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים

תאריך _____ חתימת המבוטח/הנפגע _____

טופס ויתור סודיות רפואית

שם ומשפחה _____ כתובת _____

מס' הזהות _____ מס' אישי בצה"ל _____

שם קופ"ח וכתובת הסניף : _____

1. אני החתום מטה משחרר בזה כל מוסד, כל רופא, כל מעבדה רפואית, כל מוסד פסיכיאטרי וכל עובדיהם הרפואיים והאחרים מחובת שמירת סודיות רפואית כלפי "אי.די.איי." - חברה לביטוח בע"מ" (שתקרא להלן- "אי.די.איי.").
2. הריני נותן בזה רשות לכל המנויים לעיל - כולל הוועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי, תשלומים של המוסד לביטוח לאומי וכן מבטחים, משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, שלטונות צה"ל וכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה, למסור ל"אי.די.איי." או לבאי- כוחה- כולם ביחד וכל אחד לחוד- את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי בעבר או בהווה.
3. הריני מאשר לכל חברת ביטוח בה בוטחתי בעבר ו/או שאני מבטח בה כיום ו/או לכל מוסד אחר ו/או מקום עבודה להעביר ל"אי.די.איי." כל מידע ו/או מסמך לגבי תביעה ו/או פוליסת ביטוח כנדרש על ידה וכן את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי וכל מחלה שחליתי בה בעבר או בהווה .
4. הריני מאשר לכל מוסד ו/או מרפאה ו/או רופא שטיפל בי בתחום הנפש לרבות פסיכולוגים ו/או פסיכיאטרים להעביר ל"אי.די.איי." את כל הפרטים ו/או המסמכים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי הנפשי ועל כל מחלה שחליתי בה בעבר או בהווה לרבות פרטים על טיפול תרופתי שהומלץ לי ו/או שקיבלתי.
5. הריני מצהיר בזה כי לא תהיה לי כל תביעה או כל טענה מכל סוג שהוא כלפי המנויים לעיל בקשר למסירת הפרטים הנ"ל ל"אי.די.איי." או לבאי- כוחה- כולם ביחד וכל אחד לחוד.
6. ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, באי כוחי עפ"י דין וכל מי שיבוא במקומי.

ולראיה באתי היום על החתום:

_____ חתימה

_____ תאריך

לכבוד,
ישיר איי.די.איי חברה לביטוח בע"מ

*טופס זה למילוי רק במידה והתביעה בגין נפגע בתאונה שנפטר

כתב ויתור על סודיות רפואית מטעם היורשים

תביעה מס' _____

אנו הח"מ יורשי המנוח _____ ת.ז. _____ (להלן: "המנוח"),

אשר פרטינו הינם כמפורט להלן:

1. _____ ת.ז. _____
2. _____ ת.ז. _____
3. _____ ת.ז. _____

נותנים בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור למבקשים את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבו הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הנפשי של המנוח ו/או על כל מחלה שחלה בה בעבר. כמו כן אנו הח"מ מאשרים בזה במפורש כי כתב ויתור זה והרשות לגילוי חומר רפואי מתייחסים גם לצה"ל /מערכת הביטחון.

אנו משחררים בזה אתכם ו/או כל רופא מרופאים ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדכם, כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדכם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבו הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי של המנוח ומתירים לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמו במוסד לביטוח לאומי, **כולל מידע על התשלומים** שהמוסד לביטוח לאומי שילם לו.

הננו מוותרים על סודיות רפואית זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם, ולא תהיה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

שם: _____ תאריך: _____ חתימה _____
שם: _____ תאריך: _____ חתימה _____
שם: _____ תאריך: _____ חתימה _____

שם הקופה: _____ שם הסניף וכתובתו: _____
שמות רופאים מטפלים: _____
מס אישי בצה"ל: _____

אישור

אני הח"מ _____ עו"ד מאשר כי החתימה דלעיל נעשתה בפני ולאחר שזיהיתי את החותם/מים עפ"י ת.ז. ולאחר שהסברתי לו/להם והוא/הם הבין/נו את תוכנו ומשמעותו של מסמך זה וחתם/ו מרצונו/ם החופשי והטוב.

תאריך: _____ חתימה וחותמת: _____