

בלי לפגוע בזכויות ומבלי לפגוע בטענת התיישנות

טופס דיווח על תביעה לפוליסת תאונות אישיות

מצורף בהמשך טופס להגשת תביעה מכוח פוליסת תאונות אישיות, כתב ויתור על סודיות ופירוט המסמכים הנוספים הדרושים לנו לבירור התביעה. נבקשך למלא את כל הפרטים, להשיב לכל השאלות, לחתום במקומות המיועדים לכך ולשלוח אלינו בצירוף המסמכים הרלוונטיים.

בכבוד רב,
איי די איי חברה לביטוח בע"מ



IDI חברה לביטוח בע"מ

רח' אפעל 53 קרית אריה, פתח תקווה 11534, טל: 30-0000009, פקס: 30-3054419

טופס תביעה לתאונות אישיות

פרטי המבוטח / הנפגע: _____ מס' ת.ז.: _____

פוליסה מס': _____ בעל הפוליסה: _____

שם המבוטח (הנפגע): _____ ת. לידה: _____ ת.זהות: _____

כתובת מגורים: _____ מס': _____ עיר: _____ מיקוד: _____

טלפון בבית: _____ טלפון נייד: _____ טלפון בעבודה: _____ מקצוע: _____

שם המעסיק וכתובת מקום העבודה: _____

נסיבות פרטי התאונה:

תאריך התאונה: _____ שעה: _____ מקום התאונה: _____

פירוט נסיבות התאונה: _____

שמות עדי ראיה לתאונה, נא ציין שמותיהם וכתובותיהם ומספרי טלפון: _____

במקרה של תאונת דרכים פרט כלי הרכב: דו גלגלי, טרקטורון, רכב קל, רכב כבד, אחר
* יש לצרף אישור משטרה

פרטי הטיפול הרפואי:

הימים בהם היית מאושפז עקב התאונה:

סה"כ ימים: _____ מתאריך: _____ עד תאריך: _____ בבית חולים: _____

ציין את פרטי קופ"ח בה הינך חבר וכן את שמו וכתובתו של הרופא/ים המטפל: _____

זכאי לקבל פיצויים ממקום אחר, כן / לא, פרט: _____

האם נפגעת בעבר? כן / לא פרוט הפגיעה / אזורי הפגיעה: _____

האם הגשת בעבר תביעה לפי פוליסה זו? כן / לא, פרט: _____

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

האם התאונה במסגרת קבוצת ספורט / תחרות ספורט? כן / לא



אישור לנסיבות ע"י מנהל הקבוצה / מאמן / רכז / אחר במקרה של תאונה בעת פעילות ספורט:

שם: _____ כתובת: _____ טלפון: _____

חתימה / חותמת: _____

הנני מצהיר בזה כי כל הפרטים דלעיל הנם נכונים ואמיתיים ולא הסתרתי מהחברה מידע כלשהו ביחס לתביעה הנ"ל.

תאריך: _____ חתימת המבוטח: _____

מסמכים שחובה לצרף לטופס תביעה על פי פוליסת תאונות אישיות:

1. טופס ויתור סודיות רפואית כשהוא מלא וחתום ע"י הנפגע, מצ"ב.
2. אישורים רפואיים לרבות תעודת חדר מיון, סיכום אשפוז, מוקד רפואי, אישורי מחלה ואישורי המוסד לביטוח לאומי.
3. במקרה של תאונת דרכים – אישור משטרה.
4. במקרה של כוויות – מכתב מרופא כירורג/פיסטיקאי/עור המציין את דרגת הכוויה ושטח הגוף שנכווה.
5. במקרה של אשפוז – סיכום האשפוז מבית החולים.
6. במקרה של שברים – פענוח צילום רנטגן/MRI/CT המעידים על שבר.
7. בתביעת נכות – חוות דעת רופא על הנכות הצמיתה ו/או פרוטוקול המוסד לביטוח לאומי.
- *למען הסר ספק יובהר, כי חוות דעת מומחה/חוות דעת המוסד לביטוח לאומי אינן מחייבות את חברתנו לפי תנאי הפוליסה וקבלתן כפופה לאישור מומחה מטעם החברה.
8. במקרה של סיעוד – דו"ח רפואי על מצב סיעודי עקב התאונה.
9. פמילי קר – קבלות על הוצאות כספיות נטענות של קרוב משפחה מדרגה ראשונה/מבוטח, בהתאם לתנאי הפוליסה.
10. בתביעה לפיצוי בגין מקרה מוות מתאונה יש לצרף –
 - א. כתב ויתור סודיות רפואית של היורשים החוקיים + צו ירושה/צו קיום צוואה.
 - ב. תעודת פטירה.
 - ג. אסמכתאות רפואיות בדבר נסיבות הפטירה (דו"ח מד"א, תעודת חדר מיון, סיכום אשפוז וכיוצ"ב).
 - ד. במקרה של מוות בתאונת דרכים – אישור משטרה.
 - ה. במקרה שישנה חקירת משטרה בגין המקרה – יש לצרף יפוי כוח של היורשים החוקיים לקבלת תיק המשטרה.

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

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:

תאריך _____ חתימה _____