

בקשה לפיצוי בגין אשפוז

להלן טופס בקשה לקבלת פיצוי בגין אשפוז.
נבקשך להעביר אלינו את הטופס מלא וחתום על ידי הרופא המטפל בצורך סיכום האשפוז וטופס הוויתור על
סודיות רפואית המצורף חתום על ידך לכתובתנו המצוינת ע"ג טופס זה.

בכבוד רב,

א"י די א"י חברה לביטוח בע"מ

בלי לפגוע בזכויות ומבלי לפגוע בטענת התיישנות

*******למילוי ע"י הרופא המטפל*******

שם המבוטח: _____
תאריך לידה: _____
מספר תעודת זהות: _____
כתובת: _____
טלפון בבית: _____ טלפון נייד: _____ פקס: _____
פירוט הבעיה ממנה סובל המבוטח ובגינה אושפז: _____

_____ נמצא בטיפול מתאריך _____
אני מכיר את החולה מתאריך: _____
החולה סובל מבעיה זו מתאריך: _____
היסטוריה רפואית הקשורה למחלה נוכחית: _____

_____ האם החולה סובל מבעיות נוספות? (כן) / (לא)
אם כן נא לפרט את מלוא האבחנות מועד אבחנתן: _____

_____ ההמלצות על סוג הטיפול הרפואי שהחולה צריך לעבור: _____

תאריך: _____ חתימת הרופא המטפל + חותמת: _____

תאריך: _____ חתימת המבוטח: _____

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 _____

במקרה של קטין:

שם האב _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____

שם האם _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____



אי.די.איי. חברה לביטוח בע"מ

רח' אפעל 35 קרית אריה, פתח תקווה 43511, טל: 03-9000000, פקס: 03-9144503