



הודעה על תאונה או מחלה – תאונות אישיות

פרטי המבוטח והפוליסה

שם המבוטח: _____ תאריך לידה: _____ מס' ת.ז.: _____
 מס' הפוליסה: _____ כתובת: _____
 טל. בית: _____ טל. עבודה: _____ טל. נייד: _____
 משלח יד / תפקיד: _____ מקום עבודה: _____ כתובת: _____

פרטי המקרה

תאריך התאונה / מחלה: _____ במקרה של תאונת דרכים: מס' רישוי: _____ חב' מבטחת: _____
 מקום התאונה: _____
 כיצד אירעה התאונה / הופיעה המחלה? _____

 מה היו תוצאות התאונה / מחלה? _____

עדי ראייה

שם	כתובת	טלפון
1		
2		

פרטי הטיפול הרפואי

שם וכתובת הרופא / המוסד הרפואי שהגיש למבוטח עזרה ראשונה: _____
 שם וכתובת הרופא / המוסד הרפואי המטפל במבוטח: _____
 נא לציין תקופת: _____
 אי כושר מלא לעבודה: מתאריך: _____ עד תאריך: _____ סה"כ ימים: _____
 אי כושר חלקי לעבודה: מתאריך: _____ עד תאריך: _____ סה"כ ימים: _____
 האם המבוטח זכאי לתשלום מהביטוח הלאומי בגין תאונה זו? לא כן
 האם הגיש המבוטח בעבר תביעה לפי הפוליסה הנ"ל? לא כן האם התביעה סופית? לא כן

הנני מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ואמיתיים.

תאריך: _____ חתימת התובע: _____

נא לצרף לטופס זה:

1. תעודות ואישורים רפואיים, סיכום מחלה מבי"ח.
2. אישור ממקום העבודה על תקופת ההיעדרות.
3. תלוש המשכורת האחרון מלפני תחילת המחלה / תאונה.

שים לב:

תביעתך מטופלת במחלקת תאונות אישיות – בית הראל, רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1951 רמת-גן 52118
 טל. 03-7547486 או 03-7547487, פקס. 03-7388175.

בכבוד רב,

הראל חברה לביטוח בע"מ

כתב ויתור על סודיות רפואית וכללית

לכבוד: _____

תאריך: _____

אני הח"מ נותן בזה רשות לקופות החולים ו/או לכל מוסד רפואי אחר, לרופאיהם, עובדיהם הרפואיים והאחרים ו/או מי מטעמם, ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לשלטונות צה"ל ו/או משרד הביטחון ו/או לקרנות פנסיה ו/או לחברות ביטוח ו/או למוסד שיקומי ו/או ללשכה לשרותי רווחה ו/או למוסדות חינוך ו/או למקומות עבודתי בעבר ובהווה ולעובדיהם, למסור ל"הראל" חברה לביטוח בע"מ ו/או למי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמה לאסוף מידע (להלן "המבקש"), באופן שידרוש המבקש, מזמן לזמן, את כל הפרטים והמסמכים, ללא יוצא מן הכלל, על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או על מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או על צפי למחלה שאחלה בעתיד, וכן כל מידע על שכרי, הכנסותי וזכויותי בעבר, בהווה ובעתיד.

הנני משחרר בזה אתכם ו/או כל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי או אחר מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים, כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים ו/או כל סניף מסניפיהם ו/או כל מוסד שיקומי ו/או חינוכי, וכן את ומקומות עבודתי, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי ו/או מצבי בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי, ובכל הנוגע לעבודתי והכנסותי כנ"ל, ומתיר לכם בזאת לתת למבקש כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי, לרבות במוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

כוחו של ויתור זה יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, והוא חל גם על מידע רפואי ו/או אחר המצוי במאגרי המידע של המוסדות הנ"ל, לרבות קופות חולים, בתי חולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים והגופים שפורטו לעיל.

מבלי לפגוע בכלליות הרשום לעיל, יחול כתב ויתור זה:

על המידע המפורט להלן:

על המוסדות/האנשים הבאים:

קופת חולים: _____ סניף/מרפאה: _____ שם הרופא המטפל: _____

קופות חולים קודמות: _____

בתי חולים/מרפאות חוץ: _____

מרפאות ורופאים מקצועיים: 1. _____ 2. _____ 3. _____

מכונים ומעבדות: 1. _____ 2. _____ 3. _____

פרטי המבוטח / תובע

שם פרטי: _____

שם משפחה: _____

שם האב: _____

מס' ת.ז. _____

מ.א. בצה"ל: _____

כתובת: _____

אם המבוטח הוא קטין, יש לרשום בנוסף גם את הפרטים הבאים:

מס' ת.ז. של האב: _____

שם האם: _____

מס' ת.ז. של האם: _____

תאריך: _____

חתימה: _____

חתימה: _____

שם העד לחתימה

ת.ז. של העד

חתימת העד

מתאים למקור: _____

חתימה וחותמת

יפוי כח

הננו מייפיים את כוחו של _____ לטפל בשמנו ומטעמנו בהשגת החומר הרפואי של הנ"ל.