



6 0 2 0 2 0 0 2 0 0 1 9 9 9 1 0

## טופס תביעה בגין תאנה אישית או מחלה

מספר הפוליסה \_\_\_\_\_ שם הסוכן \_\_\_\_\_  
 שם המבוטח \_\_\_\_\_ שם המעביד \_\_\_\_\_  
 כתובת פרטית \_\_\_\_\_ כתובת המעביד \_\_\_\_\_  
 מס' טלפון (פרטי) \_\_\_\_\_ מס' טלפון (של המעביד) \_\_\_\_\_

### תביעה בעין מחלה

1. תאריך תחילת המחלה \_\_\_\_\_  
 2. מהות המחלה \_\_\_\_\_  
 3. האם סבלת ממחלה זו קודם לכן? (נא לפרט) \_\_\_\_\_  
 4. הייתי מרותק לביתי כתוצאה ממחלה זו מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
 5. שם וכתובתו של הרופא המטפל \_\_\_\_\_  
 6. האם איזה רופא טיפל בך לפני כן במקרה של איזו מחלה אחרת כלשהיא? (נא לפרט) \_\_\_\_\_

### תביעה בגין תאונה

1. תאריך התאונה \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_  
 2. מקום התאונה \_\_\_\_\_  
 3. תאור נסיבות המקרה \_\_\_\_\_  
 4. במידה והיו עדים שמם וכתובתם \_\_\_\_\_  
 5. היכן הוגשה עזרה ראשונה? \_\_\_\_\_  
 6. לא עבדתי בגין התאונה: \_\_\_\_\_  
 מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
 7. האם הוגשה תביעה בגין תאונה לאיזו חברת ביטוח? (נא לפרט) \_\_\_\_\_  
 8. סניף המוסד לביטוח לאומי אליו הוגשה תביעה בגין התאונה \_\_\_\_\_

אני החתום מטה מצהיר בזה כי אני הנני האיש שעליו מדובר לעיל, הנכון מכל בחינה שהיא ועשוי מבלי כל העלמה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

### כתב על סודיות רפואית

אני הח"מ \_\_\_\_\_ נושא ת"ז מס' \_\_\_\_\_ מרשה בזאת לכל רופא, בית חולים, קופת חולים, מרפאה, המוסד לביטוח לאומי, מוסדות צה"ל, מוסדות משרד הבטחון או כל מוסד כלשהוא, למסור לב"כ "מנורה" חברה לביטוח בע"מ וגם/או ל- \_\_\_\_\_ כל אינפורמציה שתדרש ע"י ב"כ הנ"ל וגם/או כל אינפורמציה בקשר למחלותי, מצבי הרפואי הטיפול שניתן לי תוצאותיו וגם/או כל מסמך אודותי, רפואי וגם אחר. והנני מותר/ת בזה על החסיון והסודיות הרפואית לפי כל דין. בקשר לכל הפרטים, מיסמכים, ידיעות ותעודות שימסרו לב"כ הנ"ל וכאמור לעיל.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_