

## בקשה למימוש זכויות - נכות עקב תאונה

### א. פרטי התובע/מבוטח

מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מצב משפחתי
ז/נ				שנה חודש יום	1. רווקה 2. נשוי/אה. 3 גרושה 4. אלמן/ה

כתובת מגורים/ישוב	רחוב/ת.ד.	מספר	מיקוד
-------------------	-----------	------	-------

טלפון	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
		@

### ב. פרטים מוספים

מספרי הפוליסה/ות לביטוח חיים	שם בעל הפוליסה
------------------------------	----------------

מעמד (מחק את המיותר)	מקצוע	עיסוק בפועל (לפני קרות האירוע)	מקום העבודה
<b>שכיר/עצמאי</b>			

### ג. פרטי חשבון בנק

שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר חשבון
---------	----------	------------	------------

\* יש לצרף המחאה מבוטלת הכוללת פרטים אלו או לחילופין אישור בנק הכולל שם מלא\_ מס' ת.ז. + מס' חשבון + מס' סניף + חתימה וחותמת הבנק

### ד. תאריך קרות האירוע

שנה	חודש	יום
-----	------	-----

### ה. פרטים נוספים על המבוטח

1. העיסוק לפני קרות התאונה (מסור תיאור בקצרה לגבי העיסוק)

\_\_\_\_\_

2. אם שינית את המקצוע/ משלח יד/ העיסוק מאז הוצאת הפוליסה הנ"ל, מסור כאן פרטים על כך:

\_\_\_\_\_

### ו. פרטים על הנכות

1. כיצד נגרמה הנכות

\_\_\_\_\_

2. פרטים על מהלך, סיבות ותוצאות התאונה:

\_\_\_\_\_

3. מיהם הרופאים או המוסדות הרפואיים שטיפלו בך בקשר לנכות?

\_\_\_\_\_

4. שם הרופא המטפל (ושם קופ"ח) אשר טיפל בך לפני הצטרפותך לביטוח:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. האם אתה עדיין מאושפז בבית חולים/ עובר טיפולים רפואיים?  כן  לא  
 אם כן, ציין את הפרטים:

---



---

6. אם יש לך ביטוחים אחרים המעניקים פיצוי בגין נכות, מסור פרטים (שם חברת הביטוח, מספר הפוליסה, סוג הפוליסה, סכומי ביטוח או פיצוי, תקופת הביטוח):

---



---

7. האם הינך זכאי לפיצוי מגורם נוסף כלשהו בגין התאונה (גורם ממשלתי/בטחוני/אחר)?  כן  לא .  
 אם כן- פרט מהו הגורם ומכוח מה קיימת הזכאות:

---



---

8. אם מדובר בתאונת דרכים?  כן  לא  
 אם כן- אנא פרט האם הוגשה דרישה או תביעה מכח חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים ; שם חברת הביטוח המבטחת ; מספר הפוליסה ומספר התביעה בבית המשפט (אם הוגשה תביעה)

---



---

9. האם הגשת תביעה למוסד לביטוח לאומי בעקבות התאונה?  כן  לא  
 אם כן, מה היתה קביעת המוסד לביטוח לאומי

---



---

אם טרם הגשת תביעה למוסד לביטוח לאומי, האם בכוונתך להגיש תביעה כזו?  כן  לא

#### לתשומת לבך!

- יש למלא באופן מדויק ומלא של כל השאלות בטופס וכן צרפו את כל המסמכים הנדרשים (ימנע עיכוב בטיפול בתביעה ויזרז את זמן המענה של החברה).
- אין בטופס זה כדי להוות הודאה ו/או הכרה בחבות מצד החברה בזכויותיך.
- סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, קובע תקופת ההתיישנות למשך שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.
- טופס זה עניינו תביעה לתגמולי ביטוח בגין כיסויי נכות (אם בכוונתך להגיש תביעה בגין עילה אחרת (למשל: מחלות קשות; אובדן כושר עבודה וכיוצ"ב) אנא צרף טופס תביעה רלוונטי נוסף.

#### הצהרת התובע

אני החתום מטה, מגיש תביעה זו, מצהיר בזה כי תשובותיי לעיל הינן מלאות וכנות וכי לא העלמתי מהחברה דבר בקשר עם עברי הרפואי ו/או בקשר עם התביעה הנוכחית, ידוע לי כי על פי הוראות הדין, העלמת פרטים בהצהרתי זו או מתן תשובות שאינן מלאות וכנות תגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכותי לפיצוי על פי הפוליסה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח (התובע) \_\_\_\_\_

## טופס ויתור על סודיות רפואית

**חלק א'**  
**אני הח"מ מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)**

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מספר	עיר	מיקוד
טלפון			

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון – השתלשלות פרופיל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין תעודת בירור פרטים על נוסע – כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד העליה ו/או הקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי – חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ב"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור ל: **כלכל חברה לביטוח בע"מ** (להלן: "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת זהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או השגי בלימודים ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים כולל מחלת האיידס ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכון מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או משרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הקליטה ו/או שירות בתי הסוהר ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

כתב ויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני, באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

**חלק ב'**  
**שמות נותני השירותים:**

שם קופ"ח: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מס' חבר: \_\_\_\_\_ שם המוסד: \_\_\_\_\_  
**מס' אישי בצה"ל:** \_\_\_\_\_ **שם קופ"ח קודמת:** \_\_\_\_\_  
 רופאים: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**במקרה של קטין:** שם האם: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_ שם האב: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_

**חתימת המבוטח**

תאריך	עד לחתימה מס' ת"ז	חתימה
-------	-------------------	-------

**עד לחתימה**

תאריך	עד לחתימה מס' ת"ז	חתימה
-------	-------------------	-------

**יפוי כח**

הריני מייפה את כוחו של הנציג \_\_\_\_\_ לקבל עבורנו את המידע הרפואי כולל מידע ממשרד הפנים המפורט לעיל.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------