

שם מבוטח:									
מס' פוליסה:									
מס' ת.ז./ח.פ.:									
0									

**טופס הגשת תביעה
תאונה/מחלה
במסגרת
פוליסת תאונות אישיות
(בצירוף טופס וס"ר)**

שם מחלקה/ מרחב:
שם סוכן:

* מטעמי נוחות בלבד נכתב טופס זה לשון זכר
אך פנייתו אל נשים וגברים כאחד

1. פרטי המבוטח/ הנפגע:

שם משפחה:	שם פרטי:	ת.ז. מס':	תאריך לידה:
כתובת: עיר	רח'	מס'	מיקוד:
טל נייד:	מקצוע:	[] שכיר, [] עצמאי	טל. בעבודה:
שם המעסיק:	כתובת מקום העבודה:	חבר קופ"ח	משנת

2. פרטי המקרה [] תאונה [] מחלה:

תאריך: האירוע	שעה	מקום האירוע (כתובת מדויקת):
נסיבות האירוע ומהות הפגיעה:		
נבדקתי לראשונה ע"י רופא בתאריך: / /		
עד ראייה למקרה – שם מלא:	כתובת:	טל' נייד
אושפתי בביה"ח	מתאריך / / ועד תאריך / /	כולל, סה"כ ימים
נעדרתי מעבודתי באופן מלא מתאריך / / ועד תאריך / /	כולל, סה"כ ימים	
נעדרתי מעבודתי באופן חלקי מתאריך / / ועד תאריך / /	כולל, סה"כ ימים	
האם תביעתך סופית? [] כן, [] לא	שם הרופא המטפל:	כתובת:
	טלפון:	

3 כללי:

האם בגין פגיעה/מחלה זו הגשת תביעה לגופים, מוסדות, מבטחים נוספים? [] לא, [] כן – פרט:
האם סבלת בעבר מפגיעה / מחלה דומה? [] לא, [] כן פרט
האם הגשת תביעה בעבר לחברת ביטוח ו/או מוסד אחר בשל פגיעה גופנית או מחלה? [] לא, [] כן - פרט

4. אישור [] מנהל הקבוצה, [] מאמן, [] רכז [], גורם אחר על פגיעה גופנית בעת פעילות ספורט:

שם המאשר:	תפקיד:	כתובת:	טל נייד:
תאריך	חתימת בעל התפקיד המאשר	חותמת האגודה	

5. מסמכים שיש לצרף:

- יש להעביר אלינו את טופס הויתור על סודיות רפואיות המצ"ב כשהוא מלא וחתום ע"י הנפגע.
- אישורים רפואיים לרבות תעודת חדר מיון, סיכומי אשפוז, מוקד רפואי, אישורי המוסד לביטוח לאומי.
- אישור היעדרות ממקום העבודה/ לימודים ואישור היעדרות מהאגודה (במקרה של תאונה בעת פעילות ספורט).

6. העברה בנקאית בצירוף צילום המחאה:

אני מאשר לכלל חברה לביטוח בע"מ כי סכום תגמולי הביטוח, במידה ומגיע לי מכס, עקב האירוע שבדון, יועברו באמצעות העברה בנקאית הישר אל חשבון הבנק שלי שפרטיו כדלהלן: שם הבנק: _____ מס' הסניף: _____ שם הסניף: _____ כתובת: _____ מס' חשבון _____ שם בעל החשבון _____ מס' ת.ז./ח.פ. _____
ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.
תאריך: _____ חתימה: _____ X

7. התיישנות

בהתאם לסעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, תשמ"א-1981, התביעה תתיישן תוך 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח או במקרה של קטין בהגיעו לגיל 21 לפי המאוחר. ככלל, הגשת התביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות רק הגשת תביעה לבימ"ש עוצרת את ההתיישנות.

הצהרה: הנני מצהיר כי למיטב ידיעתי, המידע שמסרתי לעיל הינו מלא, נכון ומדויק.

טופס בקשת מידע רפואי וויתור סודיות
חלק א'

אני החתום מטה: שם מבוטח/נפגע _____ ת.ז. _____

עיר _____ רח' _____ מס' _____ מיקוד _____ טל' /נייד _____

במקרה של קטין יירשמו גם פרטי ההורים:

שם האב _____ ת.ז. _____, שם האם _____ ת.ז. _____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות חולים ובתי החולים, רופאיו, עובדיו ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או למשרד החינוך ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או למשטרת ישראל ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או למוסד שיקומי ו/או מוסד פסיכיאטרי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור ל"קבוצת כלל ביטוח" ו/או ל _____ מרח' _____ ו/או לבאים מכוחם ו/או מי מטעמם (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

כמו כן, הנני נותן בזאת רשות לכל הרשומים מעלה למסור לידי המבקשים את רשימת הרופאים שטיפלו בי במסגרת קופת חולים והרשומים במאגר המידע של קופת חולים ו/או בכל מסגרת אחרת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם 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 בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפלו בי במסגרתם, האגורה במאגר המידע של המוסדות כאמור, ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים כאמור, לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לבטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר, לרבות רשימת הרופאים אשר טיפלו בי, 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.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים: _____

או על המידע המפורט להלן: _____

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____
שם המוסד: _____ תאריך תחילת חברות: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

שמות נותני השירותים כפי שמופיעים במאגרי הנתונים:
רופאים:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מכונים, מעבדות:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצה"ל:

במקרה של קטין:

שם האם _____ ת.ז. _____
שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך _____ מספר ת.ז. _____ חתימה
(במקרה של קטין- חתימת האפוטרופוס)

שם העד לחתימה _____ ת.ז. של העד _____ חתימת העד _____

ייפוי כוח

הריני מייפה את כוחו של: _____, ת.ז. מס' _____ לטפל בשמנו ומטעמנו בהשגת החומר הרפואי של הנ"ל.

חתימת המאשר _____ תאריך _____