



הודעה על תאונה / מחלה תאונות אישיות

(יש להעביר את הטופס מיד לאחר התאונה או הופעת המחלה)

מס' הפוליסה: _____
שם הסוכן: _____
טל' סוכן: _____

<p>השם המלא של התובע: _____ מס' ת.ז. _____ שנת לידה _____</p> <p>כתובתו הפרטית: _____ מס' טלפון בית _____</p> <p>כתובת מקום העבודה: _____ מס' טלפון עבודה _____</p> <p>מקצועך ותפקידך בעבודה: _____</p>	המבוטח (הנפגע)
<p>תאריך התאונה: _____ שעה: _____ מקום התאונה: _____</p> <p>תאר במפורט את פרטי המקרה: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>היכן נפגעת בגופך? (נא פרט) _____ ?</p> <p>נא לפרט הטיפול הרפואי אשר קיבלת עד עתה: _____</p> <p>מסור את השם והכתובת של עד או עדים לתאונה: _____</p> <p>מס' הרכב המעורב בתאונה: _____ שם חברת הביטוח: _____ מס' פוליסה: _____</p>	תאונה
<p>מתי חלית (התאריך): _____ מהי המחלה ממנה סבלת (או עדיין סובל)? _____</p> <p>האם חלית בעבר באותה מחלה או בדומה לה? אם כן ציין _____</p>	מחלה
<p>ממתי היית בטיפול רפואי בקשר למקרה נוכחי? _____</p> <p>האם עדיין מטפל בך הרופא בקשר למקרה הנוכחי? _____ ציין שמו וכתובתו _____</p> <p>מס' חבר בקופ"ח _____ באם שהית בבית חולים בקשר למקרה הנוכחי נא ציין את שמו, ומשך השהייה בו _____ באם הינך חבר קופת חולים, נא ציין שם קופת החולים ולאיזה מסניפיה הנך קשור _____</p> <p>האם היית מרותק לביתך כתוצאה מהמקרה הנוכחי? _____ אם לא ציין את היום בו היית מסוגל לראשונה לצאת מביתך? _____ האם חזרת לעבודה מלאה/חלקית, מתי? _____</p> <p>באיזה יום תוכל לפי דעתך ודעת רופאיך לעסוק במשלך ידך בשלמות כרגיל? _____</p> <p>האם יש לך ביטוח אישי נוסף כלשהו בפני תאונה או מחלה? (באם כן ציין באיזו חברה/ות, מס' הפוליסה, ומהם סכומי הביטוח) _____</p> <p>האם הכיר המוסד לביטוח לאומי בתאונה כתאונת עבודה? _____ אם כן, איזה סניף? _____</p>	בכל המקרים

הצהרה וכתב ויתור על סודיות רפואיות

הנני מצהיר בזה כי כל הפרטים דלעיל נכונים, אמיתיים ומלאים וכי לא הסתרתי מהחברה מידע כלשהוא בקשר לתביעה זו במישרין או בעקיפין. הנני נותן בזאת רשות לקופת חולים ו/או לכל עובדיה, מוסדותיה וסניפיה ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או למשרד הביטחון ו/או מוסדות צה"ל, וכן לכל הרופאים, מוסדות רפואיים ובתי חולים למסור ל **איילון** חברה לביטוח בע"מ או לבא כוחה המוכ"ז – (להלן: "המבקש") – את כל הפרטים, המסמכים, הכרטיסים הרפואיים באשר למצבי הרפואי ולכל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ומשחררכם בזה כלפי המבקש מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או כל מסמכים, פרטים או ידיעות שימסרו על ידכם למבקש ולא תהא לי כל טענה או תביעה בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

שם מלא _____ מס' תעודת זהות _____ כתובת _____
תאריך _____ חתימה _____