

טופס הודעה על נפגעי גוף

מספר תביעה בחברתנו (במידה ונמסר לך) _____

פרטי המבוטח

שם המבוטח _____ מספר זהות _____ כתובת _____
מספר הרכב _____ טלפון בבית _____ טלפון נוסף _____

פרטי הנהג ברכב/אופנוע המבוטח

שם הנהג _____ מספר זהות _____ כתובת _____
טלפון נייד _____ טלפון בבית _____ טלפון נוסף _____
רישיון נהיגה מיום _____ - _____ - _____ תאריך לידה _____ - _____ - _____ עיסוק/מקצוע _____

בדור לעבודה	בזמן העבודה	חזרה מהעבודה

האם התאונה אירעה (סמן X במקום המתאים):

פרטי התאונה

תאריך התאונה _____ שעה _____ : _____ מקום התאונה _____
נגבתה עדות ע"י המשטרה בעיר/בתחנה _____ בתאריך _____ - _____ - _____

פרטי הנפגעים שישבו ברכב/באופנוע המבוטח או נפגעו ממנו כהולכי רגל

נפגע 5	נפגע 4	נפגע 3	נפגע 2	נפגע 1	
					שם ומשפחה
					מספר ת.ז.
					כתובת
					טלפון
					תאריך לידה
					מקום עבודה
					תפקיד/עיסוק
					קופ"ח/סניף
					האם אירעה התאונה בדרכו מ/אל העבודה?

נסיבות המקרה:

אם בתאונה היתה מעורבת משאית (רכב מעל 4 טון) נא מלא את פרטיה:

שם בעל הרכב _____ מספר טלפון _____ מס' הרכב _____
מספר פוליסה _____ שם חברת הביטוח _____

תאריך _____ חתימת המבוטח _____ חתימת הנהג _____

א"י.די.איי חברה לביטוח, בא כוחה, או שלוחה (להלן "המבקשת").

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

חלק א'

אני החתום מטה (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם מלא _____ מספר זהות _____ שם האב _____
כתובת _____ טלפון נייד _____ טלפון נוסף _____

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 הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור לנציג המבקשת ו/או מי מטעמן את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים הרפואיים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת. 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 הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מתיק 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 ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמן 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 המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, ובאי כוחי החוקיים וכן מי שיבוא במקומי.

חלק ב'

קופ"ח וסניף _____ קופ"ח חולים קודמת _____ מס' אישי בצה"ל _____

שמות הרופאים:

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

במקרה של קטין:

שם האב _____ ת.ז. _____ חתימה _____
שם האב _____ ת.ז. _____ חתימה _____

ייפוי כח:

הריני מייפה את כוחו של נציג המבקשת ו/או מי מטעמם לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

תאריך _____ שם מלא _____ חתימה _____ עד לחתימה _____