בלי לפגוע בזכויות ומבלי לפגוע בטענת ההתיישנות

בקשה לפיצוי בגין הוצאות רפואיות במהלך נסיעה לחו"ל

מספר תביעה בחברתנו (במידה ונמסר לך)_____

מספר פוליסת ביטוח נסיעות לחו"ל_____

091013_41B

פרטי הנפגע:

שם פרטי:_____ שם משפחה:_____ ת.ז: | | | | | | | | | |

תאריך לידה:___/___/___ כתובת:_____

טלפון:_____ טלפון נייד:_____

פרטי המקרה:

תאריך התאונה או הטיפול הרפואי:___/___/___ שעת התאונה____:____ מקום התאונה_____

פרטי המקרה או המחלה: _____

_____

_____

_____

_____

האם אושפזת בחו"ל? כן/לא במידה וכן נא ציין כמה ימים ובאיזה בית חולים _____

האם סבלת בעבר מבעיה רפואית זו? אם כן נא לפרט מהי ומתי_____

_____

_____

פרטים של עדי ראייה לתאונה:

	שם העד	*כתובת*	*מס' טלפון ליצירת קשר*
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____

במקרה של תאונת דרכים, אנא מלא פרטי הרכב/ים המעורב/ים וצרף אישור משטרה מקומית על התאונה

הנפגע בתאונה (סמן): הולך רגל/ נוסע ברכב/ נהג ברכב

פירוט ההוצאות הרפואיות:

#	הסיבה לטיפול הרפואי סוג הטיפול	סוג הטיפול (ביקור בחדר מיון, רכישת תרופה, ביקור רופא, אישפוז)	עלות טיפול (₪)
	*** עבור כל אחת מההוצאות שציינת לעיל יש לצרף אסמכתאות מקוריות** סה"כ:		

091013_41B

שם קופת החולים בה הנך מבוטח: _____ שמות הרופאים המטפלים _____
האם הנך זכאי לפיצויים ממקור אחר? כן / לא פרט _____
האם נפגעת בעבר? כן / לא פרט (גורם הפגיעה, איזור הפגיעה, חומרה) _____
_____
_____

על פי החוק על המבוטח להצהיר על קיום ביטוח נוסף (באמצעות כרטיס אשראי או אחר)
1. אני הח"מ מצהיר/ה בזאת כי הנני מחזיק/ה בכרטיס אשראי בינלאומי כן/לא בחברה_____
2. ברשותי פוליסת ביטוח נסיעות לחו"ל נוספת (לרבות במסגרת כרטיס האשראי) כן/לא בחברה_____
3. האם הגשת תביעה בחברה אחרת ? כן/לא אם כן לאיזו חברה?_____
4. במידה ואינך מחזיק/ה כרטיס אשראי בינלאומי הנני מצהיר/ה כי אין ברשותי כרטיס אשראי בינלאומי.

<u>מסמכים שחובה לצרף</u> (בירור התביעה יחל רק עם קבלת כל המסמכים):
1. טופס ויתור סודיות רפואית שהוא חתום ע"י הנפגע (מצ"ב).
2. אישורים רפואיים, לרבות תעודת חדר מיון, סיכום אשפוז, מוקד רפואי, אישורי מחלה, ואישורי המוסד לביטוח לאומי. יש לצרף אישורים ממוסדות בארץ ובחו"ל.
3. צילומי דרכון דף ראשי בדרכון (כולל תמונה), דף עם חותמת יציאה מהארץ או טופס יציאה ממוחשב, דף חותמת כניסה לארץ או טופס כניסה ממוחשב.
4. במידה ועקב מקרה ביטוח חזרת באופן או במועד מאוחר מהמועד המקורי יש להעביר כרטיס טיסה מקורי שלא נוצל וכרטיס חדש.
5. במידה ומדובר בתאונת דרכים נא לצרף אישור על גובה הפיצוי מביטוח נזקי גוף שבמדינת האירוע.
6. צילום המחאה או צילום פרטי חשבון בנק עם תעודת זהות.

יודגש בזאת כי אין ברשימה המצ"ב כדי למנוע מהחברה להרחיב בירור חבותה ולדרוש לקבל לידיה אסמכתאות נוספות לשם בירור ויישוב התביעה.

הנני מצהיר בזאת כי הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים

תאריך_____ חתימת המבוטח/הנפגע_____

<u>אי.די.איי. חברה לביטוח בע"מ, בא כוחן או שלוחן (להלן המבקשות)</u>
<u>טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות</u>
<u>חלק א</u>

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם מלא_____ ת.ז_____ שם האב_____

כתובת_____ טלפון_____ טלפון נוסף_____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות חולים, 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 הסיעודי למסור לנציג המבקשות ו/או מי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השרותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

091013_41B

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות חולים 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 הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מתיק נפתח על שמי אצל נותני השרותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מתיר לכל חברת ביטוח למסור לכם מידע אודות תאונות דרכים, לרבות נזקי גוף, שנגרמו לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות חולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שלהן , 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 מטעמם ו/או נותני השרותים שיפורטו להלן.

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

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

<u>חלק ב</u>

קופ"ח וסני_____ קופ"ח קודמת_____ מס. אישי בצה"ל_____

שמות הרופאים: 1._____ 2._____

3._____ 4._____

<u>במקרה של קטין:</u>

שם האם_____ ת.ז_____ חתימה_____

שם האב_____ ת.ז_____ חתימה_____

תאריך_____ שם מלא_____ חתימה_____ עד לחתימה_____

לכבוד,
ישיר איי.די.איי חברה לביטוח בע"מ

***טופס זה למילוי רק במידה והתביעה בגין נפגע שנפטר**

<u>כתב ויתור על סודיות רפואית מטעם היורשים</u>

תביעה מס'_____

אנו הח"מ יורשי המנוח_____ ת.ז_____ (להלן: "המנוח"),

091013_41B

אשר פרטינו הינם כמפורט להלן:

1. _____ ת.ז_____
2. _____ ת.ז_____
3. _____ ת.ז_____

נותנים בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור למבקשים את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבו הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הנפשי של המנוח ו/או על כל מחלה שחלה בה בעבר.

כמו כן אנו הח"מ מאשרים בזה במפורש כי כתב ויתור זה והרשות לגילוי חומר רפואי מתייחסים גם לצה"ל/מערכת הביטחון.

אנו משחררים בזה אתכם ו/או כל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדכם,כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדכם,מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבו הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי של המנוח ומתירים לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמו במוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם לו.

הננו מוותרים על סודיות רפואית זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם , ולא תהיה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

שם:_____ תאריך_____ חתימה_____

שם:_____ תאריך_____ חתימה_____

שם:_____ תאריך_____ חתימה_____

שם הקופה:_____ שם הסניף וכתובתו:_____

שמות רופאים מטפלים:_____ , _____ , _____

מס אישי בצה"ל:_____

<u>אישור</u>

אני הח"מ_____עו"ד מאשר כי החתימה דלעיל נעשתה בפני ולאחר שזיהיתי את החותם/מים עפ"י ת.ז ולאחר שהסברתי לו/להם והוא/הם הבין/נו את תוכנו ומשמעותו של מסמך זה וחתם/ו מרצונו/ם החופשי והטוב.

תאריך_____ חתימה וחותמת _____