

בקשה לפיצוי בגין נזק לצד ג' במהלך נסיעה לחו"ל

מספר תביעה בחברתנו (במידה ונמסר לך) _____

מספר פוליסת ביטוח נסיעות לחו"ל _____

פרטי המבוטח:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

תאריך לידה: ____/____/____ כתובת: _____

טלפון: _____ טלפון נייד: _____

פרטי התובע (צד ג'):

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

תאריך לידה: ____/____/____ כתובת: _____

טלפון: _____ טלפון נייד: _____

מקצוע: _____ שם המעסיק וכתובת מקום העבודה: _____

נסיבות פרטי האירוע:

תאריך האירוע: ____/____/____ שעות האירוע: _____: _____ מקום האירוע: _____

נסיבות האירוע (נא לפרט בהרחבה): _____

פרטים של עדי ראיה לאירוע:

שם העד	כתובת	מס' טלפון ליצירת קשר
_____	_____	_____
_____	_____	_____

1. _____

2. _____

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 בכרטיס אשראי בינלאומי - הנני מצהיר/ה כי אין ברשותי כרטיס אשראי בינלאומי.

יש לצרף:

1. צילומי דרכון - דף ראשי בדרכון (כולל תמונה), דף עם חותמת יציאה מהארץ או טופס יציאה ממוחשב, דף

חותמת כניסה לארץ או טופס כניסה ממוחשב.

2. העתק כל מסמך התומך בתביעתך לרבות אישורים רפואיים, קבלות מקוריות, אישור משטרה מקומית בחו"ל

3. טופס ויתור על סודיות רפואית (מצ"ב)

4. צילום המחאה או צילום פרטי חשבון בנק עם תעודת זהות.

הנני מצהיר בזאת כי הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים

תאריך _____ חתימת התובע _____

**א.י.די.איי. חברה לביטוח בע"מ, בא כוחן או שלוחן (להלן המבקשות)
טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות**

חלק א

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 הסייעודי 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 הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

101013_428

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 הסייעודי 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.

חלק ב

קופ"ח וסניף _____ קופ"ח קודמת _____ מס. אישי בצה"ל _____

שמות הרופאים: 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

במקרה של קטין:

שם האב _____ ת.ז. _____ חתימה _____

שם האב _____ ת.ז. _____ חתימה _____

תאריך _____ שם מלא _____ חתימה _____ עד לחתימה _____

