

תביעה - הודעה על מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה

נא למלא את הפרטים בכתב קריא

הנני מעוניין/ת להגיש תביעה בגין (מסמן X במשבצת המתאימה):

- מוות כתוצאה מתאונה נכות מלאה או חלקית (צמיתה) כתוצאה מתאונה שברים עקב תאונה כוויות כתוצאה מתאונה
 מצב סיעודי כתוצאה מתאונה אשפוז בבית חולים כתוצאה מתאונה כיסויים נוספים עקב תאונה

מספר פוליסה	סוקן	מס' סוקן
-------------	------	----------

1. פרטים מזהים של המבוטח				
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה	מיקצוע / עיסוק
כתובת	רחוב	מס' בית	ישוב	טלפון

2. פרטים על מקום העבודה	
שם מקום העבודה	כתובת מקום העבודה
מס' טלפון בעבודה	

3. פרטים על האירוע / תאונה / פגיעה		
היכן נפגעת בגופך	תאריך קבלת הטיפול הראשון	שם הרופא המטפל וכתובתו
תאריך אירוע התאונה / הפגיעה	שעת אירוע התאונה / הפגיעה	כתובת מקום אירוע התאונה / פגיעה

4. פירוט האירוע / התאונה / הפגיעה (יש לציין בפירוט רב ככל הניתן)	

5. פרטים רפואיים			
שם קופת החולים	שם הסניף	שם רופא המשפחה	שם בית החולים המטפל
שמות רופאים מטפלים נוספים	כתובתם	תאריך טיפול	
..... 1	..... 1	..... 1	
..... 2	..... 2	..... 2	

האם הינך מאושפז בבית חולים? לא כן, פרט

האם אתה סובל או סבלת ממום גופני כלשהו או ממחלה ממושכת? לא כן, פרט

6. ביטוחים נוספים			
האם תבעת או הינך עומדת לתבוע חברת ביטוח אחרת או גורם אחר (משדד הביטוח, ביטוח לאומי וכו') בקשר לתשלום פיצויים בגין האירוע הנ"ל?			
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט	שם הגורם הרגבני	מס' פוליסה	מס' תביעה
פרטים נוספים			

7. במקרה של תביעה לפיצוי סיעודי	
1. האם אתה מסוגל לקום מהמיטה ולשכב בכוחות עצמך? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט .....	.....
2. האם אתה מסוגל להתלבש ולהתפשט בכוחות עצמך? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט .....	.....
3. האם אתה מסוגל להתרחץ/להתגלח בכוחות עצמך? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט .....	.....
4. האם אתה מסוגל לאכול ולשתות בכוחות עצמך? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט .....	.....
5. האם אתה מרותק לכסא גלגלים או למיטה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט .....	.....
6. האם אתה שולט על הסוגרים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט .....	.....

הצהרה ובקשה לתשלום באמצעות העברה בנקאית

אני החתום/ה מסה מצהיר/ה בזה כי תשובתי לעיל הינן מלאות וכנות וכי לא העלמתי מהחברה דבר בקשר עם עברי/אני בקשר עם התביעה הנכחית. ידוע לי כי על פי החוק העלמת פרטים בהצהרתי זו או מתן תשובות שאינן מלאות וכנות תגרום לדחיית התביעה ואני לשלילת זכות לפיצוי ע"י הפוליסה.

אבקש להעביר את תגמולי הביטוח אם וכלל שמגיעים לי או למי מבני משפחתי				
לבנק	מס' סניף	שם הסניף	מס' חשבון	ע"ש
תאריך	ת.ז.	חתימה		

מינוי סוכן לטיפול בתביעה		
אני הח"מ (המבוטח) ממנה את סוקת הביטוח _____ מ.ר. _____ לשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנגוע לתביעה זו לטפל בשמי ועבורי בכל הנגוע לתביעה זו לרבות הגשת מסמכים לאילון חברה לביטוח בע"מ וקבלת מסמכים מאילון חברה לביטוח בע"מ.		
תאריך	ת.ז.	חתימה

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

אני החתום מטה:

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות		שם האב
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ולא מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאים, עובדיהן ולא מי מטעמן ולא לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ולא לצבא הגנה לישראל ולא למשרד הביטחון ולא לכל עובד בתחום הסוציאלי ולא הסיעודי למסור לאיילון חברה לביטוח בע"מ ולא מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ולא הסוציאלי ולא מצבי בתחום הסיעודי ולא השיקומי ולא כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ולא כל רפא מרופאיםם ולא כל עובד מעובדיהם ולא כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ולא פסיכיאטריים ולא שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה בכל המגע למצבי הבריאותי ולא השיקומי ולא הסוציאלי ולא הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק 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 מי מטעמם ולא נותני השירות שלהם, ולא תהא לי אל המוסדות לרבות קופות החולים ולא למי מרופאיהם ולא עובדיהם ולא מי מטעמם ולא נותני השירותים המוזכרים לעיל, 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 ולא רופאיהם ולא עובדיהם ולא מי מטעמם ולא נותני השירותים המוזכרים לעיל.

למרות האמור לעיל, לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
 או על המידע המפורט להלן: _____

פרטים רפואיים			
שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שמות נותני השירותים	רופאים	מכונים/מעבדות	
מוסדות רפואיים	1. _____	1. _____	_____
בתי חולים,	2. _____	2. _____	_____
מרפאות,	3. _____	3. _____	_____
רופאים פרטיים וכו'.	4. _____	4. _____	_____
קופ"ח קודמת	מרפאה קודמת		
תאריך	חתימה		