

שאלון תביעה-דיווח על תאונה אישית

עובד יקר,

לצורך הגשת תביעה בגין פוליסת תאונות אישיות הנך מתבקש למלא את שאלון התביעה ולצרף את מסמכי התביעה הרלוונטיים, לתשומת לבך, בעת הגשת התביעה יש לוודא כי מלאת ו/או צירפת את המסמכים הדרושים כמפורט להלן:

- טופס הודעה על תאונות אישיות (מצ"ב)
- טופס ויתור על סודיות רפואיות, חתום (מצ"ב)
- מסמכים רפואיים רלוונטיים: מסמכים רפואיים מיום האירוע ו/או מסמוך ליום האירוע, סיכום אשפוז, גיליון מיון, ממצאי בדיקות/ביקורות וכד'.
- אישור מחלה מרופא מומחה בתחום הפגיעה המציין את תאריכי אי-הכושר (נושא אבחנה רפואית).
- אישור מעסיק בגין היעדרות (היעדרות בפועל)
- אישור משטרה, באם מדובר באירוע בו הייתה מעורבת המשטרה או תאונת דרכים.
- מסמכים מהמוסד לביטוח לאומי הנוגעים לאירוע הנדון/אגף נפגעי עבודה, באם מדובר בתאונת עבודה.
- צילום המחאה של התובע או אישור מהבנק על "בעלות על חשבון" (לצורך העברה בנקאית) .

את שאלון התביעה והמסמכים הרלוונטיים יש להגיש מיד עם קרות התאונה למשרדי
"Howden סוכנות לביטוח" באמצעות פקס מספר: 03-5480887

בכל מקרה של תביעה יש לפנות

לשי רוטנר : 03-5688825 shair@howden.co.il
אורית כהן דואק- רפרנטית מח' תביעות: 03-6270744 oritcd@howden.co.il

טופס תביעה לביטוח תאונות אישיות – עובדי עיריית תל – אביב-יפו והמרכז הרפואי

יש להעביר את הטופס מיד לחברה אך לא יאוחר מ-15 יום מהאירוע.

פרטים אישיים					
שם הסוכן	מספר פוליסה	בעל הפוליסה	שם הנפגע	מס' ת.ז.	גיל
כתובת מגורים		טלפון בית	טלפון נייד	@	
כתובת דואר אלקטרוני					
מקום עבודה	תפקיד בעבודה	טלפון	האם הינך: שכיר	כן	לא
מקום עבודה	תפקיד בעבודה	טלפון	האם הינך: שכיר	כן	לא
מקום עבודה	תפקיד בעבודה	טלפון	האם הינך: שכיר	כן	לא

תאריך המקרה/תאונה	/ /	שעה	מקום המקרה
-------------------	-----	-----	------------

תיאור המקרה			
תאונה מחלה			
תיאור התאונה/מחלה			
עדים למקרה	שם	כתובת	טלפון
האם הוגשה תביעה למוסד ביטוח לאומי	כן	לא	חברת ביטוח
אני חבר קופ"ח:	סניף	מספר חבר	
טיב ומידת הפגיעה/מחלה			

כתוצאה מפגיעה זו אושפזתי בבית חולים מיום	עד:
נעדרתי מעבודתי באופן מלא מיום:	עד:
עבדתי חלקית מתאריך:	עד:
משעה:	עד שעה:

האם סבלת בעבר מפגיעה/מחלה דומה נא פרט
נא לציין את שמו וכתובתו של הרופא או המוסד אשר הגיש לך עזרה ראשונה
נא לציין את שמו וכתובתו של הרופא המטפל ברך עכשיו בהקשר לתאונה/מחלה הנ"ל
במידה ועדיין לא החלמת מהפגיעה שסבלת נא לציין את מצבך כעת
יש לצרף אישור ממקום העבודה על ההעדרות לתקופה האמורה לעיל.

רצ"ב אישורים			
אישור רפואי	אישור בית חולים	אישור ממקום העבודה	אישור מהמוסד לביטוח לאומי

פרטי חשבון הבנק					
מוצהר ומוסכם בזאת כי זיכוי חשבון הבנק כמפורט לעיל או קבלת המחאה ישמש כאישור לקבלת סכום התביעה וסילוקה.					
שם בעל החשבון	מס' ת.ז.	שם הבנק	שם הסניף	מס' חשבון	מס' בנק

◀ **ויתור על סודיות רפואית**

אני החתום מטה, נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או לכל הרופאים ו/או לקופות החולים ו/או לעובדי הרפואיים האחרים ו/או למוסדות הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לבתי החולים ו/או למי מטעמם ו/או לכל המוסדות הרפואיים ו/או המכונים הרפואיים ו/או בתי החולים האחרים כולל בתי החולים הכלליים ו/או הפרטיים ו/או הפסיכיאטרים ו/או השיקומיים ו/או לכל עובדיהם מכל סוג ומין של כל המפורטים עד כה ו/או לכל סניף מסניפי מוסדותיהם ו/או למי מטעמם, ו/או למשרד הביטחון ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לכל מוסד ו/או לחברות הביטוח האחרות ו/או לגורם אחר (להלן: "המוסדות") למסור להפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או למי מטעמה (להלן: "המבטח") את כל הפרטים המצויים ביד המוסדות ובאופן שידרוש המבטח, על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת. אני משחרר בזה את כל "המוסדות" מחובת השמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או בדבר כל מחלה בה חליתי בעבר ו/או אשר אני חולה בה כעת, ומתיר ל"מוסדות" בזאת מתן כל מידע ל"מבטח" מכל תיק שנפתח על שמי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי "המבטח" ולא תהיה לי כלפי "המוסדות" כל טענה ו/או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע כאמור לעיל בכתב ויתור זה. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, והיא חלה על מידע רפואי אחר המצוי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות. כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, עזבוני, ילדיי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי. הפניקס.

☑					
חתימה		תאריך			

◀ **התיישנות**

תקופת ההתיישנות הינה שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח. בתביעות קטינים, ההתיישנות הינה שלוש שנים מיום הגעתם לגיל 18 שנים, וזאת בכפוף להוראות הדין. מודגש בזאת, כי אין די בהגשת תביעה לחברתנו כדי לעצור את מרוץ תקופת ההתיישנות, וכי רק הגשת התביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ תקופת ההתיישנות, הכול בהתאם להוראות הדין.

הריני להצהיר בזה שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים וכי לא העלמתי כל עובדה

תאריך	מס' ת.ז.	שם פרטי ומשפחה	כתובת	חתימה
תאריך	שם וכתובתו של העד לחתימה			

טופס זה יש לשלוח להאודן סוכנות לביטוח, רח' אפעל 35 פתח תקוה (מגדל אתגר) 4951132, פקס: 03-5480887
שי רוטנר: טלפון: 03-5688825, מייל: shair@howden.co.il

טופס בקשת מידע רפואי ויתור על סודיות

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין ירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
----------	---------	------	--------

רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון
------	---------	-------	-------	-------

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 הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לכל חברות הביטוח ו/או לקרנית ו/או למסור ל"הפניקס" חברה לביטוח (להלן "המבקשים") או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה, 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.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרפאיהם 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 מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השרותים 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 מרפאיהם 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 רפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

או על המידע המפורט להלן:

חלק ב'

שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שמות נותני השרותים			
רופאים	1.		2.
	3.		4.
מכונים ומעבדות	1.		2.
	3.		4.
מס' אישי בצה"ל		שם קופ"ח קודמת	

במקרה של קטין

שם האב	שם האם	ת.ז.	ת.ז.
			✓
תאריך	עד לחתימה	ת.ז.	חתימה

יפוי כח

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ מתיר בזאת לכל חברת ביטוח למסור ל"פניקס חברה לביטוח בע"מ" ו/או לכל מי שבא או פועל מטעמה, מידע אודות תאונות דרכים, לרבות נזקי גוף שנגרמו, אם נגרמו או ארעו לי בעבר. לא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה וחותמת הבנק
		✓

טופס ויתור סודיות

לכבוד:

המוסד לביטוח לאומי

הנדון: טופס ויתור סודיות

אני הח"מ: _____ מס' זהות _____

הואיל והגשתי תביעה נגד הביטוח: "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן "חברת הביטוח") ו/או הנני

מבוטח שלה ו/או בקשתי להיות מבוטח על ידיה, הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי. אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה ו/או עובד ו/או ב"כ ו/או חוקר ו/או רופא ו/או מומחה אחר של חברת הביטוח או מטעמה, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור.

בחתימתי להלן, אני מאשר שאני מודע לכך, שאתם רשאים למסור את המידע כאמור על יסוד טופס זה.

בכבוד רב,



חתימה

תאריך

לכבוד:

המוסד לביטוח לאומי

אני הח"מ: _____ מס' זהות _____

עובד/עורך דין של חברת ביטוח _____ מצהיר בזאת כי כתב ויתור הסודיות דלעיל הינו בתוקף וכי הוא לא בוטל מכל סיבה שהיא.



חותמת חברת הביטוח/עורך דין

חתימה

תאריך

לכבוד:

המוסד לביטוח לאומי

אני הח"מ _____ מס' זהות _____

עובד/עורך דין של חברת ביטוח _____ מצהיר בזאת כי כתב ויתור הסודיות דלעיל הינו בתוקף וכי הוא לא בוטל מכל סיבה שהיא.



חותמת חברת הביטוח/עורך דין

חתימה

תאריך