

## 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/ח/סניף
					האם אירעה התאונה בדור 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 הסיעודי 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 הסיעודי 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 הסיעודי 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 מטעמם 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 מטעמם 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 \_\_\_\_\_