

בקשה לפיצוי בגין הוצאות רפואיות במהלך נסיעה לחו"ל

מספר תביעה בחברתנו (במידה ונמסר לך) _____

מספר פוליסת ביטוח נסיעות לחו"ל _____

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: _____

פרטים של עדי ראייה לתאונה:

מס' טלפון ליצירת קשר

כתובת

שם העד

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:

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

מסמכים שחובה לצרף (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.

ידגש 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 _____

**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, רופאים, 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 הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

131010_41L

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 הבריאות 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.

חלק ב

קופ"ח וסני' _____ קופ"ח קודמת _____ מס. אישי בצה"ל _____

שמות הרופאים: 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

במקרה של קטין:

שם האם _____ ת.ז. _____ חתימה _____

שם האב _____ ת.ז. _____ חתימה _____

תאריך _____ שם מלא _____ חתימה _____ עד לחתימה _____

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

כתב ויתור על סודיות רפואית מטעם היורשים

תביעה מס' _____
אנו הח"מ יורשי המנוח _____ ת.ז. _____ (להלן: "המנוח"),

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: _____

אישור

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 _____