

### שאלון תביעה

מספר תביעה :

מספר פוליסה :

#### בעל הפוליסה :

שם פרטי :

שם משפחה :

ת.ז. :

כתובת :

טלפון בבית :

טלפון עבודה :

נייד :

#### תובע :

שם פרטי :

שם משפחה :

ת.ז. :

כתובת :

טלפון בבית :

טלפון עבודה :

נייד :

עיסוק/מקצוע :

שם מקום העבודה :

כתובת :

תאריך גילוי מחלה :

המוסד הרפואי בו אובחנה המחלה :

שמות המוסדות הרפואיים בהם טופל בעקבות המחלה :

שמות הרופאים שטיפלו בנפגע :

אשפוז : המוסדות בהם אושפז התובע (יש לצרף אישורים)

1.

מתאריך :

עד תאריך :

2.

מתאריך :

עד תאריך :

3.

מתאריך :

עד תאריך :

האם צפויים להתקבל תגמולים מן הגופים הבאים בעקבות תביעה זו?  
 \* מבטח אחר : כן / לא  
 במידה וכן : שם חברת הביטוח : \_\_\_\_\_ מס' פוליסה : \_\_\_\_\_  
 מספר התביעה : \_\_\_\_\_  
 \* המוסד לביטוח לאומי : כן / לא. במידה וכן : מס' התביעה : \_\_\_\_\_  
 \* מוסדות אחרים או רשויות אחרות ? כן / לא  
 פירוט : \_\_\_\_\_  
 \* האם הוגשה תביעת נכות למוסד לביטוח לאומי ? כן / לא. במידה וכן, נא לצרף אסמכתא.

לשאלון זה מצורף טופס ויתור על סודיות רפואית. אנא, העבירו אלינו חתום יחד עם שאר המסמכים.

אנא אשר באמצעות חתימתך את נכונות הפרטים בשאלון זה, על מנת שנוכל להבטיח כי הטיפול בתביעה יהיה מדויק ויעיל.  
 אני, \_\_\_\_\_ (שם מלא) מאשר בזה כי כל הפרטים המופיעים בטופס זה הינם נכונים ומדויקים חתימה:  
 \_\_\_\_\_ (במקרה של קטין – חתימת אפוטרופוס)  
 במקרה והנפגע קטין : שם האם : \_\_\_\_\_ ת.ז. : \_\_\_\_\_  
 שם האב : \_\_\_\_\_ ת.ז. : \_\_\_\_\_

**לכבוד:**

1. המבטח: אי. אי. ג' ביטוח זהב בע"מ  
ע"י שליחיה ו/או חוקריה

2. \_\_\_\_\_  
(להלן המבקשים)

**טופס ויתור על סודיות**

**חלק א'**

אני החתום מטה:

שם פרטי + משפחה: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_  
נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות חולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי או משרד החינוך, השרות הפסיכולוגי, שרות בתי הסוהר, משרד הביטחון ו/או לכל עובד אחר בתחום הסוציאלי ו/או מוסד שיקומי, פסיכיאטרי ו/או מבטחים קרן פועלי בנין או קרן גמלאות או קרן כלשהי, למסור ל- \_\_\_\_\_ להלן- "המבקשים", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקשים הנ"ל על מצב בריאותי ו/או סוציאלי או מצב בתחום סיעודי או שיקומי או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או חולה בה כעת כולל מחלת האיידס.

כמו כן הנני נותן בזאת רשות לכל הרשומים מעלה למסור לידי המבקשים את רשימת הרופאים שטיפלו בי במסגרת קופת החולים והרשומים במאגר המידע של קופת חולים.

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 מחבות שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפלו בי במסגרתם האגורה במאגרי המידע של המוסדות כאמור ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיה לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או מי מרופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים 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 לרבות רשימת הרופאים אשר טיפלו בי, המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על (סמן X במשבצת המתאימה) :  
 המוסדות הבאים:

\_\_\_\_\_

המידע המפורט להלן:

\_\_\_\_\_

רשימה מלאה של רופאים שטיפלו בי:

\_\_\_\_\_

**חלק ב'**

שם קופ"ח \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ מס' חבר \_\_\_\_\_ שם המוסד \_\_\_\_\_

**שמות נותני השירותים:**

רופאים: \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

מכונים, מעבדות: \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופ"ח בעבר: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ עד לחתימה \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**יפוי כח**

הריני מיפה את כוחו/ה של \_\_\_\_\_ לקבל המידע הרפואי המפורט לעיל.