

# אליהו חברה לבטוח בע"מ



תביעה מס. \_\_\_\_\_

פוליסה מס. \_\_\_\_\_

ס ו כ ן \_\_\_\_\_

מבוטח/ח נכבד/ה

נכדי לאפשר לנו לספל כתביעה, נא לענות בדיוקנות על השאלות הבאות ולהחזיר את הטופס למשרדנו בהקדם האפשרי.

ח ש ו כ ו ת		ש א ל ו ח	
שם פרטי:	שם משפחה:	1	שם המבוטח/ח
מס' סלפון:		2	הכתובת
		3	ה מק צ ו ע
מס' סלפון:		4	מ ק ו ס ה ע כ ו ד ה
שם החברה: (1) (2) (3)		5	האם קיימים כיטוחי תאונות נוספות בחברות אחרות
(1) (2) (3)		6	האם הנשח אי פעם תביעה לחברות כיטוח - נא לפרט
		7	האם היו לך תאונות נוספות
שם המוסד: / / עד: / /		8	האם אושפזת בבית חולים/מנן דוד ארום/ קופ"ח בעקבות התאונה הנ"ל
תאריך / / שעה	מקום	9	מתי קרתה התאונה
		10	נא מסור פרטים מלאים ככל האפשר על התאונה, כיצד קרתה וכו'.
		11	האם הוגשה תביעה למוסד לבטוח לאומי
		12	מהן הפגיעות הנופניות שנגרמו לך עקב התאונה
		13	האם היו עדי ראיה למקרה
שם הרופא:	כתובתו:	14	איזה רופא טיפל בך בעקבות התאונה
מ: / / עד: / /		15	כמה זמן היית מרוחק/ת למיטה או בלתי מסוגל לעבודה
/ /		16	כאיזה תאריך חזרת לעבוד באופן חלקי
/ /		17	כאיזה תאריך חזרת לעבוד באופן מלא
		18	האם היית במצב בריאות תקין ביום אירוע התאונה
מס' הפנס	שם המוסד	19	האם הנך חבר בקופ"ח

## טופס ויחור על סודיות רפואית

אני הח"מ נוחן בזה רשות לקופת חולים ו(או) לעובדיה הרפואיים האחרים ו(או) למוסדותיה הרפואיים או למניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובחי החולים האחרים, למסור לאליהו חברה לבטוח בע"מ, להלן: "המבקש", את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובצורה שחידרש ע"י "המבקש", על מצב בריאותי ו(או) על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו(או) שהנני חולה בה כעת ו(או) שאחלה בה בעתיד, והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם, ו(או) כל עובד רפואי אחר ו(או) כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו(או) כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו(או) מחלוצי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא חייגה לי אליכם כל סענה או תביעה מסוג כל שהוא בקשר להנ"ל.  
כתב ויחור זה מחייב אותי, את עובדי ובעלי כוחי החוקיים, וכל מי שיבוא במקומי.

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך

\_\_\_\_\_ השם והמשפחה

\_\_\_\_\_ הכתובת: