

# הודעה על תאונה - תאונות אישיות לספורטאים

## תביעות מסוג נכות צמיתה מתאונה, אבדן כושר עבודה והחזר הוצאות כתוצאה מתאונת ספורט

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
הקפד למלא הטופס באופן מדויק ומלא.

נבקשך להעביר אלינו טופס זה והמסמכים המבוקשים בסעיף ה' להלן באמצעות סוכן הביטוח שלך (בכפוף למילוי פסיקת מינוי סוכן בחלק ח' של הטופס) או ישירות לחברתנו:

מחלקת תביעות חיים, סיעוד ותאונות אישיות,  
בדואר: רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1951 רמת גן, מיקוד 5211802.

פוליסות המבוטח	(1)	(2)	(3)
----------------	-----	-----	-----

פרטי המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
רחוב	מספר בית	יישוב	מספר פקס
שם מקום העבודה שאינו האגודה	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי
מקצוע / משלה יד שאינו בתחום הספורט		דואר אלקטרוני	
שם קופת החולים		סניף	כתובת
שם הרופא המקצועי המטפל		שם רופא המשפחה המטפל	
<p>פרטי האישיים הנוכחים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם. הנני מורה בואת להראל לעדכן את פרטי האישיים בכל רישומיה, בהתחשב במידע המעודכן שמסרתני לעיל. מצ"ב העתק ת.ז. הכוללת פרטי כתובתי המעודכנת.</p> <p>תאריך: _____ חתימת המבוטח: _____</p> <p>לידיעה - במידה ולא אשר עדכון הפרטים ו/או לא אצרף העתק ת.ז., תעשה הראל שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנוכחית.</p>			

פרטים על עבודה
האם שנית את המקצוע/העיסוק מאז הוצאת הפוליסה הנ"ל? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן.
אם כן, נא פרט את המקצוע החדש _____ ומתי התחלת לעבוד בו _____.

פרטים על התאונה
1. מתי ארעה התאונה? _____
2. תאר את פרטי המקרה? _____
3. האם זו תאונת עבודה? <input type="checkbox"/> כן / <input type="checkbox"/> לא
4. א. נא ציין תקופת אי כושר עבודה מלא מתאריך _____ ועד תאריך _____ סה"כ _____ ימים.
ב. נא ציין תקופת אי כושר עבודה חלקי מתאריך _____ ועד תאריך _____ סה"כ _____ ימים.
5. במידה והנך תובע נכות צמיתה, נא ציין את אחוז הנכות בהתאם לחוות דעת המומחה או החלטת המוסד לביטוח הלאומי: _____

פרטים על ביטוחים נוספים
האם יש לך ביטוחים נוספים המכסים נכות צמיתה עקב תאונה? יש לציין פרטים (שם החברה, סוג הפוליסה, סכומי ביטוח או פיצוי) _____

חובה לצרף לטופס ההודעה את האישורים הרשומים מטה - ללא המצאתם יוחזר הטופס לספורטאי וההודעה לא תטופל.
1. כל האישורים הרפואיים של הנפגע (סיכום מחלה מבית חולים).
2. אישור רופא מומחה.
3. תעודת אי כושר עבודה וכד'.
4. קבלות מקוריות על תשלום עבור טיפול רפואי או טיפול שיניים.
5. אישור האגודה על תקופת היעדרות בגינה נדרש פיצוי, וכן אישור מעביד שאינו האגודה על תקופת היעדרות בגינה נדרש פיצוי.

אישור יו"ר / מנהל האגודה (בעלי זכות חתימה)
הנני מאשר כי התובע הוא ספורטאי / פעיל באגודה וכי שמו נכלל ברשימות הביטוח וכי כל הפרטים הרשומים לעיל בדבר נסיבות הפגיעה הינם מלאים ונכונים.
שם האגודה או הסניף (חובה לציין) _____ כתובת: _____
שם החותם: _____ תפקיד החותם: _____ טלפון: _____ חתימה וחותמת: _____

אישור הנהלת הקבוצה
הננו מאשרים בזאת כי מר/גב' _____ מבוטחים במסגרת הפוליסה. חתימה: _____

**ח הצהרת המבוטח**

אני הח"מ (המבוטח) ..... מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי מהחברה דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.

אני הח"מ (המבוטח) מבקש לאור כל האמור והמסמכים המצורפים לשלם לי פיצוי בהתאם לתנאי הפוליסה/ות לעיל.

מקום	תאריך	חתימה
שם בנק	מס' סניף	מס' חשבון

במקביל ציין:  יש לצרף צילום המחאה לצורך העברת תגמולי ביטוח לחשבון הבנק.

הנני ממנה את סוכן הביטוח מר/גב' ..... לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו בלבד.

תאריך	שם + שם משפחה	חתימה
-------	---------------	-------

**ט הסכמה לשימוש בדוא"ל**

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בקבוצת הראל, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שנרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות. לפיכך, אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.

תאריך	שם + שם משפחה	מספר זהות	חתימה
-------	---------------	-----------	-------

**י הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת**

אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי מידע זה ויתר המידע אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת (בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר [SMS]). וכן לצורך טיפול בתביעות, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

מספר זהות	חתימה
-----------	-------

בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il), באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

# טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלים.

## א פרטי מבוסח

שם משפחה	שם פרטי		מס' ת. זהות		שם האב
רחוב	מספר	עיר	מיקוד	טל'	

אני החתום מטה (במקרה של קטין ירשמו פרטיו), נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי (לרבות קופת חולים) ו/או מכן מור ו/או המכון הרפואי לביטוח בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון (על שלוחותיו השונות, ועדות רפואיות ו/או קרן מבטחים), ו/או המרכז לבריאות הנפש, ו/או בית חולים לבריאות הנפש, ו/או מרפאות לבריאות הנפש, ו/או האגודה למען שירותי בריאות הציבור - סיעוד, ו/או למשרד החינוך, ו/או למשרד הפנים, ו/או למנהל האוכלוסין, ו/או לשירות התעסוקה, ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון גנטי ו/או למכון פוריות ו/או רשות המיסים בישראל ו/או לכל אדם אחר כלשהו (להלן - "נותני השירותים"), למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה..... (להלן: "המבקשים"), את כל המסמכים והפרטים המצויים בידיהם או בידי מי מטעמם, ללא יוצא מהכלל, ובאופן שידרשו המבקשים (בכתב או בעל פה), המתייחסים למצבי הבריאותי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגי בלימודים ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות H.I.V., ו/או כרטיס טיפת חלב, ולרבות טיפולים, בדיקות ואבחנות. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן "הפול" - המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ - למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לזאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו, וכן כל מידע בנוגע למצבי הרפואי.

אני משחרר בזה אתכם ו/או כל רופא מרפאיכם ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיכם ו/או כל אגף של משרד החינוך ו/או השרות הפסיכולוגי ו/או משרד הבריאות, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ו/או הישגי בלימודים ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שלעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם, ולא תהיה לי אליכם ו/או אל מי מטעמכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.

בנוסף, הריני מאשר להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה, להעביר מידע רפואי בענייני לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות וליועץ הביטוחי של קולקטיב הביטוח (במידה וקיים).

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת החולים ו/או רפואיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

## ב פרטים נוספים

שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שם קופ"ח קודמת	מס' אישי בצה"ל		

## ג שמות רופאים, מכונים ומעבדות

רופאים	מכונים / מעבדות
1.....	1.....
2.....	2.....
3.....	3.....
4.....	4.....

## ד חתימת המבוסח/אפטרופוס

..... תאריך

שם פרטי+שם משפחה\*

..... חתימת המבוסח/כל האפטרופוסים\*

\*במקרה של קטין/חסוי יציגו את שמם ויחתמו על המסמך כל האפטרופוסים על פי דין, במידה וקיים צו מינוי אפטרופוס - יש לצרפו.

## ה במקרה של חסוי (אפטרופוס)

בנוסף על האמור לעיל, הגנו מצהירים, כי איסוף החומר נעשה לטובת החוסה:

שם האם/אפטרופוס ..... ת.ז. .... חתימה

שם האב/אפטרופוס ..... ת.ז. .... חתימה

## ו חתימת עד מהימן\*\*

..... תאריך

עד לחתימה ומס' ת.ז. ....

שם עד מהימן לחתימה\*\* + חותמת עם מס' רישיון

\*\*עד מהימן - רופא/אחות/עו"ד/עובד סוציאלי/סוכן ביטוח