



הודעה על תאונה – תאונות אישיות – לספורטאים

שם האגודה: _____ כתובת: _____ ענף ספורט: _____ מס' תביעה: _____

- חובה להשלים את הטופס על כל פרטיו, לחתום ולהחתיים את יו"ר האגודה / בעלי זכות החתימה.
- יש להחזיר את הטופס בצירוף האישורים הרשומים מטה תוך 10 ימים מיום הפגיעה.
- ללא אישורים רפואיים ומסמכים מצורפים יוחזר הטופס לספורטאי וההודעה לא תטופל!
- אין במבוקש להלן כדי למנוע דרישת מסמכים נוספים בעתיד.

פרטי המבוטח והפוליסה

שם המבוטח: _____ תאריך לידה: _____ ת.ז. _____
 כתובת: _____ מס' הפוליסה: _____
 טל. בית: _____ טל. עבודה: _____ טל. נייד: _____
 משלח יד שאינו ספורט: _____ מקום עבודה שאינו האגודה: _____ כתובת: _____

פרטי המקרה

תאריך התאונה: _____ תאריך הפקת התעודה במקום העבודה שאינו האגודה: _____
 מקום התאונה: _____ כיצד אירעה התאונה? _____
 מה היו תוצאות התאונה? פירוט נסיבות הפגיעה, מהות הפגיעה וחומריתה וכד': _____

עדי ראייה: 1. שם: _____ כתובת: _____ טל. _____
 2. שם: _____ כתובת: _____ טל. _____
 3. שם: _____ כתובת: _____ טל. _____

פרטי הטיפול הרפואי

שם וכתובת הרופא/המוסד הרפואי שהגיש למבוטח עזרה ראשונה: _____
 שם וכתובת הרופא/המוסד הרפואי המטפל במבוטח: _____
 האם בעת הפגיעה סבלת מנכות, מום או מחלה קודמת? פרט: _____
 האם סבלת בעבר מפגיעה באיבר שנפגע? לא כן, פרט: _____
 האם הוגשה בעבר תביעה כלשהי במסגרת האגודה? לא כן, פרט – תאריך הפגיעה: _____ בשל איזו פגיעה: _____
 האם אתה מתעתד להגיש תביעות נוספות בגין פגיעה זו, לרבות למוסד לביטוח לאומי? לא כן
 נא לציין תקופת אי כושר מלא לעבודה: מתאריך: _____ עד תאריך: _____ סה"כ ימים: _____
 נא לציין תקופת אי כושר חלקי לעבודה: מתאריך: _____ עד תאריך: _____ סה"כ ימים: _____

הצהרת הנפגע

הנני מצהיר כי הפרטים הרשומים לעיל והאישורים המצורפים בזאת הינם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי פרט ו/או עובדה הקשורה במקרה הנ"ל. כמו כן, הנני מצהיר כי האישורים הרצ"ב הינם אמיתיים.
 תאריך: _____ חתימת הנפגע: _____
 אם הנפגע הוא קטין, יש למלא: שם האב: _____ ת.ז. _____ חתימה: _____
 שם האם: _____ ת.ז. _____ חתימה: _____

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 מעביר 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: _____ טל. _____ חתימה וחותמת: _____

אישור הנהלת מכבי ישראל

הנני מאשרים בזאת כי מר/גב' _____ מבוטחים במסגרת הפוליסה. חתימה: _____

כתב ויתור על סודיות רפואית וכללית

לכבוד: _____

תאריך: _____

אני הח"מ נותן בזה רשות לקופות החולים ו/או לכל מוסד רפואי אחר, לרופאיהם, עובדיהם הרפואיים והאחרים ו/או מי מטעמם, ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לשלטונות צה"ל ו/או משרד הביטחון ו/או לקרנות פנסיה ו/או לחברות ביטוח ו/או למוסד שיקומי ו/או ללשכה לשרותי רווחה ו/או למוסדות חינוך ו/או למקומות עבודתי בעבר ובהווה ולעובדיהם, למסור ל"הראל" חברה לביטוח בע"מ ו/או למי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמה לאסוף מידע (להלן "המבקש"), באופן שידרוש המבקש, מזמן לזמן, את כל הפרטים והמסמכים, ללא יוצא מן הכלל, על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או על מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או על צפי למחלה שאחלה בעתיד, וכן כל מידע על שכרי, הכנסותי וזכויותי בעבר, בהווה ובעתיד.

הנני משחרר בזה אתכם ו/או כל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי או אחר מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים, כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים ו/או כל סניף מסניפיהם ו/או כל מוסד שיקומי ו/או חינוכי, וכן את ומקומות עבודתי, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי ו/או מצבי בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי, ובכל הנוגע לעבודתי והכנסותי כנ"ל, ומתיר לכם בזאת לתת למבקש כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי, לרבות במוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

כוחו של ויתור זה יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, והוא חל גם על מידע רפואי ו/או אחר המצוי במאגרי המידע של המוסדות הנ"ל, לרבות קופות חולים, בתי חולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים והגופים שפורטו לעיל.

מבלי לפגוע בכלליות הרשום לעיל, יחול כתב ויתור זה:

על המידע המפורט להלן:

על המוסדות/האנשים הבאים:

קופת חולים: _____ סניף/מרפאה: _____ שם הרופא המטפל: _____

קופות חולים קודמות: _____

בתי חולים/מרפאות חוץ: _____

מרפאות ורופאים מקצועיים: 1. _____ 2. _____ 3. _____

מכונים ומעבדות: 1. _____ 2. _____ 3. _____

פרטי המבוטח / תובע

שם פרטי: _____

שם משפחה: _____

שם האב: _____

מס' ת.ז. _____

מ.א. בצה"ל: _____

כתובת: _____

אם המבוטח הוא קטין, יש לרשום בנוסף גם את הפרטים הבאים:

מס' ת.ז. של האב: _____

שם האם: _____

מס' ת.ז. של האם: _____

תאריך: _____

חתימה: _____

חתימה: _____

שם העד לחתימה

ת.ז. של העד

חתימת העד

מתאים למקור: _____

חתימה וחותמת

יפוי כח

הננו מייפיים את כוחו של _____ לטפל בשמנו ומטעמנו בהשגת החומר הרפואי של הנ"ל.