

פוליסה מס': \_\_\_\_\_ שם הסוכן: \_\_\_\_\_  
חברת הביטוח: \_\_\_\_\_ תביעה: \_\_\_\_\_

אנא מלא/י בדיוקנות את כל הפרטים, על מנת שנוכל לטפל בתביעתך במהירות וביעילות.

### פרטי המבוטח:

שם המבוטח: \_\_\_\_\_ כתובת המבוטח: \_\_\_\_\_  
טלפון בית: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_ עבודה: \_\_\_\_\_  
חבר בקופ"ח: \_\_\_\_\_ מס' חבר: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_  
רופא מטפל: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_

### פרטים כלליים:

שם המעביד: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_

### פרטי הארוע:

תאריך התאונה: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_  
מקום התאונה: \_\_\_\_\_  
נסיבות המקרה: \_\_\_\_\_

עדים, שמם וכתובתם - שם: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_  
לא עבדתי בגין תאונה מ: \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_  
סניף המוסד לביטוח לאומי אליו הוגשה התביעה בגין התאונה: \_\_\_\_\_  
האם הוגשה בגין התאונה תביעה לחברת ביטוח אחרת? כן / לא אם כן, נא לפרט: \_\_\_\_\_  
האם הגשת בעבר תביעה לחברת ביטוח? כן / לא אם כן, נא לפרט: \_\_\_\_\_

**אני החתום מטה מצהיר בזה כי אני הנני האיש שעליו מדובר בדוח לעיל, הנכון מכל בחינה שהיא ועשוי מבלי כל העלמה.**

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

### כתב ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ \_\_\_\_\_ נושא ת.ז. מס' \_\_\_\_\_, מרשה בזאת לכל רופא, בית-חולים, קופת-חולים, מרפאה, המוסד לביטוח לאומי, מוסדות צה"ל, מוסדות משרד הבטחון או כל מוסד אחר, למסור ל \_\_\_\_\_ חברה לביטוח בע"מ ו/או לב"כ, כל אינפורמציה שתדרש ע"י ב"כ הנ"ל ו/או כל אינפורמציה בקשר מחלותי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותי ו/או כל מסמך אודותי, רפואי ו/או אחר.

**הנני מוותר/ת בזה על החסיון והסודיות הרפואית לפי כל דין, בקשר לכל הפרטים, מסמכים, ידיעות ותעודות שימסרו לב"כ הנ"ל וכאמור לעיל.**

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

שמגד מרכז: רח' היצירה 3, קרית - אריה פ"ת 49512 טל': 03-9295046 פקס: 03-9276499  
שמגד צפון: שד' המגינים 53, חיפה 31001 טל': 04-8352600 פקס: 04-8555755  
שמגד ירושלים: רח' בן-יהודה 34, ירושלים 94583 טל': 02-6291229 פקס: 02-6249119