

**טופס תביעה בגין תאונה אישית או מחלה**

מספר הפוליסה: \_\_\_\_\_ שם הסוכן: \_\_\_\_\_  
 שם המבוטח: \_\_\_\_\_ שם מעביד: \_\_\_\_\_  
 כתובת פרטית: \_\_\_\_\_ כתובת מעביד: \_\_\_\_\_  
 מס' טלפון: \_\_\_\_\_ מס' טלפון מעביד: \_\_\_\_\_

תביעה בגין מחלה	תביעה בגין תאונה
1. תאריך תחילת המחלה: _____	1. תאריך התאונה: _____ שעה: _____
2. מהות המחלה: _____	2. מקום התאונה: _____
3. האם סבלת ממחלה זו קודם לכן? (נא פרט) _____	3. תאור נסיבות התאונה: _____
4. הייתי מרותק לביתי כתוצאה ממחלה זו _____	4. במידה והיו עדים שמם וכתובתם: _____
מ: _____ עד: _____	(א) _____
5. שמו וכתובתו של הרופא המטפל: _____	(ב) _____
	(ג) _____
	5. היכן הוגשה עזרה ראשונה? _____
	6. לא עבדתי בגין התאונה: _____
	מ: _____ עד: _____
	7. האם הוגשה תביעה בגין התאונה לחברת ביטוח כלשהי? (נא לפרט) _____
	8. סניף המוסד לביטוח לאומי אליו הוגשה תביעה בגין התאונה: _____

אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ומלאים  
 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 הביטחון או כל מוסדר אחר, למסור לב"כ "מנורה" חברה לביטוח וגם/או ל \_\_\_\_\_  
 כל אינפורמציה שתידרש ע"י כ"ב הנ"ל ו/או כל אינפורמציה בקשר למחלותי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותי ו/או כל מסמך אודותי, רפואי וגם אחר.  
 והנני מותר/ת בזה על החיסיון והסודיות הרפואית לפי כל דין, בנוגע לכל הפרטים, במסמכים, ידיעות ותעודות שימסרו לב"כ בני"ל וכאמור לעיל.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_