

אופן הגשת תביעה קולקטיב הפועל - תאונות אישיות

על מנת שנוכל לטפל בתביעתך יש להעביר המסמכים הבאים:

1. טופס הודעה על תאונה בצירוף טופס ויתור סודיות רפואית מפורטים וחתומים ע"י הנפגע העמותה/הקבוצה.
2. טופס קבלת טיפול רפואי ראשוני מיום האירוע.
3. מסמכים רפואיים המעידים על הפגיעה.
4. קבלות מקוריות בגין הוצאות רפואיות.
5. אישורי מחלה מרופא מומחה בתחום הפגיעה.
6. אישור מהאגודה לתקופת ההיעדרות בציון שלא שיחקת, לא התאמנת ולא קיבלת שכר.
7. אישורים אחרים (מבלי לגרוע מהאמור לעיל):
 - א. אם הינך שחקן חוזה - צילום העתק חוזה שחקן.
 - ב. אם הינך עובד - אישור מהמעסיק לתקופת ההיעדרות (אם הינך עצמאי - אישור מרו"ח על ההכנסות במשך 12 החודשים שקדמו ליום האירוע)
 - ג. אם הנך תלמיד - אישור מבית הספר לתקופת ההיעדרות.
8. במידה ותביעתך הינה לנכות צמיתה - יש להעביר פרוטוקול מהמוסד לביטוח לאומי בדבר קביעת הנכות הצמיתה.

יש לשים לב: צירוף כל המסמכים המפורטים לעיל הינו תנאי להמשך הטיפול בתביעה.
***במידה ומסמך חסר/לא ניתן להמציאו - יש לפרט מדוע.**

את מסמכי התביעה המפורטים לעיל יש לשלוח ל:

געש - סוכנות לביטוח בע"מ

רח' לזרוב 33, ראשל"צ 75654

* לביורורים נוספים ולצורך המשך טיפול בתביעה יש לפנות לטל' 03-9434017 או בפקס 03-9434001

טופס הודעה על תאונה אישית

מס' תביעה

יש למלא את הדו"ח הנ"ל על פרטיו לחתום ולהחתים העמותה/הקבוצה ולהעביר
 ל-געש סוכנות לביטוח בע"מ, רח' לזרוב 33 ראשל"צ 75654, פקס - 03-9434001 טל' 03-9434017

פרטי התביעה

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה
כתובת	רחוב	מס' בית	מיקוד
מקצוע ו/או משלח יד	דואר אלקטרוני		
טל' בית	נייד	מקום עבודה	טלפון עבודה
תאריך פגיעה	בשעה	במקום	
תאור נסיבות הפגיעה, מהות החבלות וחומר (חובה לציין)			
שם מגיש העזרה הראשונה ותפקידו			
האם בעת הפגיעה סבלת מנכות, מום או מחלה קודמת? נא פרט			
שמו וכתובתו של הרופא המטפל בכך כעת כנפגע			
הימים בהם היית משולל כושר עבודה מוחלט מתאריך _____/_____/_____ עד תאריך _____/_____/_____			
האם התביעה סופית? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, תאריך חזרה לעבודה _____			
האם הנך זכאי לקבל פיצויים נוספים בגין התאונה מהמוסד לביטוח לאומי ו/או מחברות אחרות? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, נא פרט _____			

הצהרת הנפגע

הנני מצהיר כי הפרטים הרשומים לעיל הינם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי פרט ו/או עובדה הקשורה במקרה הנדון.

תאריך	חתימת ההורים (למקרה של קטין)	דואר אלקטרוני	חתימת הנפגע
-------	------------------------------	---------------	-------------

אישור העמותה/קבוצה - חובה לציין פרטים מלאים

הנני מאשר כי כל הפרטים לעיל בדבר נסיבות הפגיעה ופרטיה הינם נכונים ומדויקים.

שם העמותה/קבוצה	כתובת	מיקוד
שם החותם במלואו	תפקיד החותם	טלפון
		חתימה וחותמת

הערות:

1. יחד עם משלוח טופס זה למשרדנו יש להמציא ולצרף את כל האישורים הרפואיים של הנפגע.
2. יש להמציא אישור ממקום העבודה לתקופת ההיעדרות.
3. הוצאות רפואיות ניתן לקבל אך ורק תמורת קבלות מקוריות (בכפוף לכיסוי הביטוחי).
4. ספורטאי חוזה: יש להמציא צלום החוזה בצרוף אשור האגודה לתקופת ההיעדרות, בציון שלא שיחקת, לא התאמת ולא קיבלת שכר.

טופס ויתור על סודיות רפואית

המבטחת: איילון חברה לביטוח בע"מ ע"י שליחיה ואו חוקריה

אני החתום מטה (במקרה של קטין ירשמו פרטיו ופרטי האפוטרופוס):		
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות
כתובת		

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי או משרד החינוך, השירות הפסיכולוגי, שירות בתי הסוהר, משרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או מוסד שיקומי, פסיכיאטרי ו/או מבטחים קרן פועלי בנין או קרן גמלאות או קרן כלשהיא למסור ל _____ להלן: "המבקשים" את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקשים הנ"ל על מצב בריאותי ו/או הסוציאלי או מצבי בתחום הסיעודי או השיקומי או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או חולה בהם כעת כולל מחלת האיידס.

כמו כן הנני נותן בזאת רשות לכל הרשומים מעלה למסור לידי המבקשים את רשימת הרופאים שטיפלו בי במסגרת קופת החולים והרשומים במאגר המידע של קופת חולים.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהן ו/או כל אחד מעובדיהן ו/או כל מוסד ממוסדותיהן כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהן, מחובת שמירה בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפלו בי במסגרתן האגורה במאגרי המידע של המוסדות כאמור, ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיה לי אל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או מי מרופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים שלהן כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר לרבות רשימת הרופאים אשר טיפלו בי, המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

פרטים רפואיים

שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שמות נותני הישרותים:			
רופאים		מכונים/מעבדות	
1. _____	1. _____	2. _____	2. _____
2. _____	2. _____	3. _____	3. _____
3. _____	3. _____	4. _____	4. _____
4. _____	4. _____	שם קופ"ח, בעבר	
מס' אישי בצה"ל			
במקרה של קטין			
שם האב	ת.ז.	שם האם	ת.ז.

תאריך	עד לחתימה	חתימה (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
-------	-----------	------------------------------------------

ייפוי כח

הריני מיפה את כוחו/ה של _____ לקבל המידע הרפואי המפורט לעיל.

מינוי סוכן ביטוח ע.י. געש סוכנות לביטוח (2003) בע"מ

תביעה מס' _____ לתשלום תגמולי ביטוח אירוע מיום _____

אני הח"מ _____ מס' ת.ז. _____ ממנה בזאת את סוכנות הביטוח ע.י. געש סוכנות לביטוח (2003) בע"מ ("הסוכן") לטפל בשמי ובמקומי בתביעה זו על פי הפוליסה הקולקטיבית לביטוח תאונות אישיות לאגודות ולארגוני ספורט - "הפועל".

הנני מאשר ומסכים בזאת, כי כל ההתכתבות והעברת המסמכים ההדדית (להלן "ההתקשרות") בקשר לתביעה זו, שצפויה להיערך בין חברתכם לבני, על פי מערכת הכללים לביור ויישוב תביעות של חברתכם העומדים לרשותי לעיון - כפי שפורסמו באתר חברתכם (כתובת: www.ayalon-ins.co.il), תיערך בפועל בין חברתכם לבין הסוכן, כמי שפועל בשמי ומטעמי לעניין הטיפול בתביעה זו.

בהתאם לכך, הנני מוותר בזאת על כל טענה ו/או תביעה שתהיה או עשויה להיות לי כנגד חברתכם, בגין ו/או בקשר עם העובדה שההתקשרות נערכת עם הסוכן כמיפוח כוחי במקום במישרין למולי.

שם המבוטח	ת.ז.	חתימת המבוטח
-----------	------	--------------