

טופס תביעה לביטוח תאונות אישיות

יש להעביר את הטופס מיד לחברה אך לא יאוחר מ- 15 יום מהאירוע.

א. פרטים אישיים

שם הסוכן	מס הפוליסה	בעל הפוליסה	שם הנפגע	ת.ז.	גיל
כתובת		טלפון	נייד		
מקום עבודה	תפקיד בעבודה	טלפון	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן האם הנך שכיר	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן עצמאי	
תאריך המקרה/התאונה	שעה	מקום המקרה			

ב. תאור המקרה

<input type="checkbox"/> תאונה <input type="checkbox"/> מחלה	תאור התאונה/מחלה:
עדים למקרה:	שם
	כתובת
	טלפון

ג.

האם הוגשה תביעה למוסד לביטוח לאומי?	פוליסה נוספת	חברת הביטוח
-------------------------------------	--------------	-------------

ד.

אני חבר בקופת חולים	סניף	מספר חבר
---------------------	------	----------

ה.

טיב ומידת הפגיעה/מחלה		
כתוצאה מפגיעה זו אושפזתי בבית החולים מיום	עד	
נעדרתי מעבודתי באופן מלא מיום	עד	סה"כ
עבדתי חלקית מתאריך	עד	משעה
האם סבלת בעבר מפגיעה/מחלה דומה	נא פרט	
ציין שמו וכתובתו של הרופא או המוסד אשר הגיש לך עזרה ראשונה		
ציין שמו וכתובתו של הרופא המטפל	בד עכשיו בקשר עם תאונה / מחלה הנ"ל	
אם עדיין לא החלמת מהפגיעה שסבלת.	נא ציין מצבך	

יש לצרף אישור מקום העבודה על העדרות לתקופה האמורה לעיל.

ו. רצ"ב אישורים

<input type="checkbox"/> אישור רפואי	<input type="checkbox"/> אישור בית חולים	<input type="checkbox"/> אישור מקום העבודה	<input type="checkbox"/> אישור מהמוסד לביטוח לאומי
--------------------------------------	--	--	--

ז. פרטי חשבון בנק

מוצהר ומוסכם בזאת כי זיכוי חשבון הבנק כמפורט לעיל או קבלת המחאה ישמש כאישור לקבלת סכום התביעה ולסילוקה

שם בעל החשבון	ת.ז.	שם הבנק	שם הסניף	מס' חשבון	מס' סניף	מס' בנק
---------------	------	---------	----------	-----------	----------	---------

הרני להצהיר בזה שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים וכי לא העלמתי כל עובדה.

תאריך	שם ושם משפחה	ת.ז.	כתובת	חתימה
תאריך	שמו וכתובתו של העד לחתימה			חתימה