

טופס תביעה לתאונות אישיות

עם קבלת טופס זה, אין החברה מקבלת על עצמה על כל התחייבות שהיא יש להשיב על הטופס הנ"ל ולהחזירו לחברה ללא כל דיחוי, בצרוף מסמכים רפואיים מקוריים



פרטי המבוטח/נפגע _____ **מס' תביעה :** _____
פוליסה מס' _____ בעל הפוליסה _____
שם המבוטח (הנפגע) _____ ת. לידה _____ / _____ / _____ ת. זהות _____
כתובת מגוריו רחוב _____ מס' _____ עיר _____ מיקוד _____
טל' _____ טל' נייד _____ מקצוע _____
שם המעסיק וכתובתו במקום העבודה _____

נא להמציא אישור העדרות ממקום העבודה.

נסיבות פרטי התאונה/מחלה

תאריך התאונה/מחלה _____ / _____ / _____ שעה _____ מקום _____
כיצד קרתה התאונה (ציין במפורש): _____

שמות עדי ראיה לתאונה, נא ציין שמותיהם וכתובתם _____

פרטי הטיפול הרפואי

- א. הימים בהם היית משולל כושר עבודה מוחלט: _____
סה"כ ימים _____ מתאריך _____ / _____ / _____ עד תאריך _____ / _____ / _____
- ב. הימים בהם היית משולל כושר עבודה חלקי: _____
סה"כ ימים _____ מתאריך _____ / _____ / _____ עד תאריך _____ / _____ / _____
- ג. תאריך חזרה לעבודה סדירה _____ / _____ / _____ האם התביעה סופית? כן/לא _____
- ד. ציין שמו וכתובתו של הרופא/ים המטפל _____
זכאי לקבל פיצויים ממקור אחר, כן / לא, פרט: _____
האם נפגעת בעבר? כן / לא פרוט הפגיעה/אזור שנפגע _____
האם הגיש המבוטח / נפגע בעבר תביעה לפי פוליסה זו? כן / לא, פרט: _____
האם הגשת או בדעתך להגיש תביעה לתשלום דמי פגיעה אל המוסד לביטוח לאומי? כן / לא _____
אם כן, באיזה סניף _____

אישור לנסיבות ע"י מנהל הקבוצה / מאמץ/רכז/אחר :

שם _____ כתובת _____ טל' _____ חתימה/חותמת _____

הנני מצהיר בזה כי כל הפרטים דלעיל הגם נכונים ואמיתיים ולא הסתרתי מהחברה אינפורמציה כלשהיא בקשר לתביעה הנ"ל.

תאריך _____ / _____ / _____ חתימת המבוטח / נפגע _____