

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.	
כתובת		טלפון		נייד		גיל			
מקום עבודה		תפקיד בעבודה		טלפון		האם הנך שכיר		לא ☐ לא ☐ כן ☐	
תאריך המקרה/תאונה		שעה		מקום המקרה					
ב. תאור המקרה									
☐ תאונה ☐ מחלה תאור התאונה/מחלה:									
עדים למקרה:									
ג.									
האם הוגשה תביעה למוסד לביטוח לאומי? ☐ לא ☐ כן ☐ פוליסה נוספת ☐ חברת ביטוח									
ד.									
אני חבר בקופת חולים ☐ סניף ☐ מספר חבר ☐									
ה.									
טיב ומידת הפציעה/מחלה									
כתוצאה מפגיעה זו אושפזתי בבית חולים מיום עד נעדרתי מעבודתי באופן מלא מיום עד עבדתי חלקית מתאריך עד האם סבלת בעבר מפגיעה/מחלה דומה? ציין שמו וכתובתו של הרופא או המוסד אשר הגיש לך עזרה ראשונה ציין שמו וכתובתו של הרופא המטפל בך עכשיו בקשר עם התאונה/מחלה הנ"ל אם עדיין לא החלמת מהפגיעה שסבלת מא ציין מצבך יש לצרף אישור מקום העבודה על העדרות לתקופה האמורה לעיל.									
ו. רצי"ב אישורים									
☐ אישור רפואי ☐ אישור בית חולים ☐ אישור ממקום עבודה ☐ אישור מהמוסד לביטוח לאומי									
ז. פרטי חשבון בנק									
מוצאה ומסומם 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' בנק	

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

תאריך	שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	כתובת	חתימה ☒
תאריך	שמו וכתובתו של העד לחתימה			חתימה ☒