

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, בצורך מסמכים רפואיים מקוריים



מסמכים מסבירים כיצד למלא את הטופס

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.

גסיבות פרטי התאונה/מחלה

תאריך התאונה/מחלה _____ / _____ / שנה _____ מקום _____

כיצד קרתה התאונה (ציין במפורש): _____

שמות עד ראייה 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 הרופאים המטפל _____

זכאי לקבל פיצויים ממקור אחר, כן / לא, פרט: _____

האם נפגעת בעבר? כן / לא פרט 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 לגסיבות ע"י מנהל הכבוצות / מאמץ/רכו/אחר :

שם _____ כותבת _____ טל' _____ חתימה/הצהרת _____

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

תאריך _____ / _____ / חתימת המבוטח / נפגע _____